



[Back
to navigation page](#)



Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación

Guía práctica de planificación
y aplicación



NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga y el Delito

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO
VIENA

Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación

**Guía práctica de
planificación y aplicación**



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2003

La Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito pasó a llamarse Oficina contra la Droga y el Delito el 1.º de octubre de 2002.

PUBLICACIÓN DE LA NACIONES UNIDAS
Núm. de venta: S.03.XI.II
ISBN 92-1-348084-9

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no entrañan, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de ninguna frontera o límite.

Agradecimientos

El presente texto, llamado *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación –Guía práctica de planificación y aplicación*, fue encomendado por la Sección de Reducción de la Demanda del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Por sus aportes a la preparación de la Guía, el PNUFID agradece a las siguientes personas:

- Al equipo de proyecto consultor: Dr. John Marsden, del Centro Nacional contra la Adicción del Instituto de Psiquiatría del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Dr. Robert Ali, del Consejo de Servicios de Lucha contra la Drogadicción y el Alcoholismo, de Adelaida (Australia meridional); Dr. Michael Farrell, del Centro Nacional contra la Adicción del Instituto de Psiquiatría del Reino Unido, y Dr. Manit Srisurapanont, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Chiang Mai de Tailandia, que redactaron y editaron la *Guía*;
- A los expertos en tratamiento y rehabilitación que, conjuntamente con el personal de la Sección de Reducción de la Demanda del PNUFID y el equipo de proyecto, participaron en una reunión de asesoramiento en febrero de 2001: Dr. Alfred Bamiso Makanjuola (Nigeria); Dr. Victor Capoccia (Estados Unidos de América); Dr. Augusto Pérez Gómez (Colombia), y Dr. Nadeem-Ur-Rehman (Pakistán);
- A los especialistas de todo el mundo que aportaron su experiencia en materia de planificación y ejecución de programas de tratamiento y rehabilitación, experiencia esta que se reseña en los numerosos recuadros que figuran en la *Guía*;
- A los expertos en reducción de la demanda de drogas y los coordinadores de las oficinas regionales del PNUFID y de sus oficinas en los países, que formularon comentarios, y en particular, al personal de la oficina regional de México, que coordinó los ensayos en América Central;
- A los miembros de la red de expertos en reducción de la demanda de drogas en América Central (de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) que participan en el Programa subregional integral de generación de estructuras en prevención, rehabilitación y reinserción social (AD/CAM/00/F17) y que pusieron a prueba la *Guía* en sus respectivos países;
- A los integrantes del grupo de expertos en reducción de la demanda que participan en el proyecto “Módulo de atención para farmacodependientes” en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (México) (AD/MEX/01/F84), que pusieron a prueba la *Guía*;
- Al experto en tratamiento y rehabilitación del Programa de reducción de la demanda de drogas en Guyana (AD/GUY/99/C08) y al personal de la Unidad Psiquiátrica del Hospital Público de Georgetown, que pusieron a prueba la *Guía* en Guyana;
- A los miembros de la red de expertos en reducción de la demanda de drogas en el África oriental, que gentilmente expresaron sus impresiones;
- Al personal del Programa de Asesoramiento Jurídico del PNUFID, que hizo aportes y brindó información sobre el marco jurídico para el tratamiento;
- A los expertos internacionales en tratamiento y rehabilitación que examinaron el proyecto final de la *Guía* y formularon observaciones valiosas: Dra. Virginia Carver (Canadá); Dra. Anna McG. Chisman, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos; Dra. Maristela Monteiro, de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Dr. Augusto Pérez Gómez (Colombia), y Dr. Gerard M. Schippers (Países Bajos).

I. INTRODUCCIÓN	
A. Entorno cultural	.I.1
B. Limitaciones económicas	.I.1
C. Principios básicos de la <i>Guía</i>	.I.1
D. Elaboración de la <i>Guía</i>	.I.2
E. Propósito y estructura de la <i>Guía</i>	.I.3
F. Cómo utilizar la <i>Guía</i>	.I.3
II. ELABORACIÓN DE UN MARCO ESTRATÉGICO DE TRATAMIENTO	
A. Definiciones y principios estratégicos	.II.1
B. Marco jurídico y reglamentario	.II.4
C. Elaboración y aplicación de una estrategia de tratamiento eficaz	.II.10
III. DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES EN MATERIA DE TRATAMIENTO	
A. Carácter de la determinación de las necesidades	.III.1
B. Forma de planificar y realizar la determinación de las necesidades	.III.3
C. Estimación del tamaño de la población que necesita tratamiento	.III.4
IV. SERVICIOS EFICACES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	
A. Elementos de un sistema de tratamiento integral	.IV.1
B. Acceso a la información sobre tratamientos eficaces	.IV.7
V. CREACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO	
A. Participación de la comunidad e integración del tratamiento del abuso de drogas en los servicios de atención primaria de la salud	.V.2
B. Creación de un servicio de tratamiento	.V.4
C. Funcionamiento del programa de tratamiento	.V.7
VI. INTEGRACIÓN EFECTIVA DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO	
A. Definición y características de un sistema de tratamiento integral	.VI.1
B. Funcionamiento del sistema: procesos de evaluación integral del usuario	.VI.6
VII. OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO Y DE LOS RESULTADOS	
A. Propósito de supervisar el desarrollo del tratamiento	.VII.1
B. Elementos de un sistema de supervisión de la ejecución y observación de los resultados	.VII.3
C. Gestión de la información y comunicación de los resultados	.VII.10
Anexos	
I. Personas con necesidades especiales de tratamiento	.I.1
II. Subgrupos de la población de consumidores de drogas	.II.1
III. Ejemplo de programa de rehabilitación residencial	.III.1
IV. Ejemplo de formulario para el reconocimiento inicial del paciente	.IV.1
V. Ejemplo de formulario de evaluación para la selección de la forma de intervención	.V.1
VI. Índice sumario de gravedad de la adicción	.VI.1
VII. Grupo Pompidou-Proyecto de indicadores de la demanda de tratamiento del OEDT	.VII.1
VIII. Perfil de adicción de Maudsley	.VIII.1
IX. Glosario	.IX.1

Recuadros

1.	Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas	..II.3
2.	Marco nacional estratégico de Australia en materia de drogas, 1998-1999 a 2002-2003	..II.5
3.	Servicios que presta la red de tratamiento y rehabilitación de España	..II.5
4.	Disposiciones jurídicas relativas al tratamiento del abuso de drogas en Eslovenia	..II.6
5.	Aplicación práctica de la legislación sobre los derechos del consumidor a la prevención y el tratamiento del abuso de drogas	..II.7
6.	Iniciativa apoyada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas: normas de atención en el tratamiento del abuso de drogas	..II.8
7.	Elaboración de normas mínimas de atención para los programas de tratamiento del abuso y la dependencia de drogas en Nicaragua	..II.9
8.	Normas mínimas de los servicios en la India	..II.9
9.	Biblioteca jurídica en línea del PNUFID	..II.11
10.	Elaboración de la estrategia nacional de Irlanda relativa a las drogas: la importancia de la consulta pública	..II.12
11.	Renovación del Plan General de Tratamiento y Rehabilitación de Chile	..II.14
12.	Tratamiento en la comunidad en un campamento de refugiados afganos del Pakistán	..II.15
13.	Marco de gestión de la ejecución en los Estados Unidos de América	..II.16
14.	Elaboración de indicadores de la ejecución de Gales	..II.17
15.	Estructura del marco basado en la epidemiología para la determinación de las necesidades en el Reino Unido	..III.2
16.	Análisis de la situación en materia de abuso de drogas en el Pakistán en 2000	..III.5
17.	Subgrupos de consumidores de drogas ilícitas: principales problemas y principales servicios necesarios	..III.7
18.	Proceso de tratamiento y atención	..IV.3
19.	El modelo Matrix	..IV.6
20.	Rehabilitación en lugar de encarcelamiento en Jamaica	..IV.7
21.	Movilización de la comunidad en Chiang Mai (Tailandia septentrional)	..V.2
22.	Participación de curanderos en Nigeria	..V.2
23.	Participación de trabajadores de la salud de la comunidad en la República Democrática Popular Lao	..V.3
24.	Royal College of General Practitioners: objetivos de aprendizaje de los encargados de la atención primaria de la salud	..V.3
25.	Creación de servicios de tratamiento en Irlanda	..V.4
26.	Creación de servicios para adictas en el Pakistán	..V.4
27.	Determinación de las fuentes de recursos en Kenya	..V.6
28.	Movilización de profesionales y de la comunidad para crear un centro de tratamiento en Mauricio	..V.6
29.	Creación de un centro nacional de tratamiento y rehabilitación en los Emiratos Árabes Unidos	..V.7
30.	Creación y administración de un centro de tratamiento: cuestiones fundamentales que se han de abordar	..V.9
31.	Sistema de supervisión del personal	..V.10
32.	Ejemplo de los elementos de un sistema de tratamiento	..VI.2
33.	Ejemplo de un sistema de tratamiento integral en funcionamiento: marco de modelos de atención en el Reino Unido	..VI.3
34.	Diversificación y vinculación de los servicios de atención de consumidores de drogas por inyección: tratamiento de sustitución de opiáceos en Lituania	..VI.4
35.	Ejemplo de vías de atención integral para programas de sustitución de opiáceos en la comunidad	..VI.5
36.	De la heroína a la metanfetamina: nuevo perfil de los problemas de drogas en Tailandia	..VI.6
37.	Cuestionario sobre hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas	..VI.7
38.	Estructura simplificada de un proceso de evaluación	..VI.8
39.	Criterios de selección de un programa de desintoxicación en la comunidad	..VI.9
40.	Ejemplo de combinación de tratamientos de un usuario	..VI.11
41.	Directrices y manuales internacionales de la OMS, el PNUFID y el OEDT para la evaluación de los servicios y sistemas de tratamiento de los trastornos provocados por el uso de sustancias psicoactivas	..VII.2
42.	Ejemplo de un conjunto mínimo de datos necesarios sobre cada usuario	..VII.4
43.	Programa en la comunidad: informe sobre resultados de 12 meses relativos a usuarias, por grupo de edad	..VII.5
44.	Cuestionario para los informes anuales – Parte II (Uso indebido de drogas)	..VII.6
45.	Descripción básica del consumo de drogas, aspectos laborales y actividades delictivas (30 días antes de incorporarse al tratamiento y últimos 30 días antes de dejarlo)	..VII.7
46.	Ejemplo de modelo lógico de un programa de rehabilitación residencial	..VII.9
47.	Banco de instrumentos de evaluación del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías	..VII.10
48.	Reunión de información por vía electrónica sobre el tratamiento en los Estados Unidos	..VII.11
49.	Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas	..VII.12

Introducción

Bienvenidos a la guía práctica del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) sobre planificación y prestación de servicios de tratamiento y rehabilitación en materia de abuso de drogas. La publicación *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación – Guía práctica de planificación y aplicación* tiene por objeto servir de recurso práctico a los gobiernos, los planificadores de políticas, los directores de servicios y los encargados de los tratamientos. La información presentada será de utilidad en una amplia variedad de contextos nacionales y culturales. Los destinatarios por excelencia de la *Guía* serán las comunidades que actualmente disponen de muy poco o ningún tratamiento para los problemas de abuso de sustancias. La *Guía* también revestirá interés y valor para las comunidades en que los servicios de tratamiento estén bien desarrollados pero necesiten una mayor integración.

Elaborar una guía práctica en la materia es un desafío, principalmente porque el público destinatario es tan diverso y porque los servicios de tratamiento de que se dispone se encuentran en diferentes etapas de desarrollo y de ejecución. Hay también variaciones estratégicas y prácticas considerables a nivel internacional en cuanto a la forma en que los Estados abordan el abuso de drogas y los problemas conexos. No obstante, existe una tendencia internacional a la convergencia de las ideas fundamentales que sirven de base a un tratamiento y una rehabilitación eficaces. Así pues, la *Guía* se basa en principios medulares que se han de tener en cuenta al estudiar, planificar y prestar servicios eficaces tanto del punto de vista clínico como desde el punto de vista económico.

La *Guía* se ha preparado sobre la base de la experiencia internacional en materia de planificación, funcionamiento y evaluación de servicios en diferentes países. Tiene por objeto proporcionar un marco amplio y actualizado para orientar a los planificadores y encargados de los servicios de tratamiento y rehabilitación en cuanto a las medidas básicas necesarias para iniciarlos y seguirlos desarrollando. Se espera que la información revista un valor especial para los países que están interesados en desarrollar o fortalecer la capacidad de sus servicios de tratamiento.

A. Entorno cultural

La *Guía* se puede aplicar en una amplia variedad de entornos culturales en que exista una variación sustancial de puntos de vista sobre la adicción y dimensiones económicas, culturales, religiosas y políticas importantes que afecten a la manera en que las diferentes sociedades encaran el abuso de drogas. Esa variación enriquece y diversifica aún más las respuestas al problema de la dependencia de sustancias. Es esencial respetar las cuestiones culturales fundamentales. La *Guía* se rige por el principio de que los programas de tratamiento que han resultado eficaces en un entorno cultural se pueden adaptar para utilizarlos en otros contextos culturales.

B. Limitaciones económicas

Los recursos de que disponen las diferentes comunidades varían considerablemente y cabe reconocer que algunos países hacen frente a limitaciones económicas muy graves para el desarrollo de los servicios. No obstante, los problemas de abuso de drogas imponen ahora una carga sustancial a casi todas las sociedades, y en todas ellas es esencial dedicar tiempo y energía a abordarlos. Esa inversión reviste particular importancia en entornos de escasos recursos, en que los costos ocultos y las cargas derivadas de esos problemas (por ejemplo, los costos para el sistema de salud, la pérdida de productividad en el trabajo y los costos de justicia penal) ocasionan una demanda sustancial de recursos que podrían asignarse a otros sectores si se aplicaran estrategias generales apropiadas de prevención e intervención.

C. Principios básicos de la *Guía*

En la *Guía* se parte de una posición filosófica positiva en lo que respecta a hacer frente al abuso de drogas y los problemas conexos. Esa posición está basada en el hecho de que en muchos países existen pruebas científicas fehacientes de que un tratamiento bien organizado, con personal capacitado que preste el apoyo necesario, puede surtir efectos rápidos y duraderos en las personas afectadas.

Eso proporciona una justificación clara para que los encargados de la formulación de políticas nacionales e internacionales procuren asegurarse de que se disponga de recursos para hacer frente al grave problema de las drogas y del abuso de éstas de manera constructiva.

Invertir en tratamiento ha demostrado ser una buena decisión tanto desde el punto de vista humano como desde el punto de vista económico. Como se explica en forma más detallada en la publicación que acompaña a la presente *Guía*, titulada *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas* [1], es posible determinar una variedad de criterios para un tratamiento eficaz e ingredientes activos importantes de los tratamientos eficaces. Posteriormente habrá que adaptar esos elementos en el contexto de las diferentes circunstancias socioculturales y económicas [2].

La preparación de la *Guía* se basó en las 11 observaciones básicas siguientes:

- Las personas que sufren problemas relacionados con drogas suelen tener múltiples necesidades de tratamiento en una variedad de esferas personales, sociales y económicas;
- Los problemas generados por el abuso de drogas se pueden tratar eficazmente si las personas afectadas tienen acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación apropiados para atender a sus necesidades y de calidad, intensidad y duración suficientes;
- El apoyo financiero básico para el tratamiento y la rehabilitación se debe orientar a los servicios que hayan resultado verdaderamente eficaces;
- Ningún tratamiento es eficaz en todos los casos. Las personas pueden necesitar diversas clases de tratamientos, integrados y coordinados eficazmente, en los distintos momentos y etapas en que pidan ayuda;
- Las personas han de tener acceso o deben ser remitidas al tratamiento que más les convenga. Los servicios de tratamiento deben tener en cuenta necesidades concretas relativas al sexo, la edad, la salud y los comportamientos de riesgo;
- La prevención de infecciones transmitidas por la sangre, entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C, es un componente fundamental de un enfoque de tratamiento integral;
- Los servicios de tratamiento deberán aprovechar, en la medida de lo posible, las instituciones sociales y de salud existentes y vincularse e integrarse a ellas con objeto de lograr que la atención sea un proceso continuo. También deberán comprender servicios de apoyo en la comunidad;
- La coordinación de la atención es una tarea esencial de todo sistema de tratamiento eficaz y eficiente;
- Para que la planificación de los tratamientos sea eficaz debe existir una asociación entre el gobierno, los organismos y proveedores públicos y privados en los planos regional y local, los usuarios de los servicios [3] y la comunidad;
- Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y a apoyar su readaptación social como miembros sanos y productivos de la comunidad;
- Las actividades de investigación deben estar orientadas a llenar las lagunas de conocimientos sobre la eficacia de los criterios de tratamiento y a atender a determinados grupos. Para la capacitación del personal se ha de seguir el mismo criterio.

D. Elaboración de la Guía

La elaboración de la *Guía* ha sido posible gracias a la asociación de un equipo internacional de expertos de Australia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Tailandia contratados por el PNUFID con expertos de las Naciones Unidas en tratamiento y reducción de la demanda. A lo largo de todo el proceso se ha hecho hincapié en consultar acerca del material informativo con una amplia variedad de grupos interesados. Al hacerlo siempre se ha procurado que no predominara ningún criterio profesional ni nacional en particular. Se adoptó, en cambio, un criterio multidisciplinario, de modo que se han hecho aportes desde las perspectivas de la medicina general, la psiquiatría, la psicología, el bienestar social y la justicia. El equipo internacional de expertos redactó la primera versión de las partes básicas del texto entre octubre de 2000 y enero de 2001. Del 26 al 28 de febrero de 2001 el equipo básico se reunió en Viena con especialistas de Colombia, los Estados Unidos de América, Nigeria y el Pakistán para examinar el proyecto y estudiar otras cuestiones pertinentes. En estrecha relación con las oficinas extrasede del PNUFID, se obtuvieron ejemplos prácticos de una amplia variedad de países acerca de la manera en que las diferentes comunidades han abordado el tratamiento y la rehabilitación. En lo posible se ha citado la literatura pertinente para respaldar la información que se ofrece en la *Guía*, especialmente la bibliografía que se puede consultar en la World Wide Web.

Posteriormente, la *Guía* se sometió a prueba o se examinó en varios países de América Central y América del Sur (Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua y Panamá); África oriental (Etiopía, Kenya, Mauricio, Seychelles y Uganda); Oriente Medio (Egipto y Jordania), y Asia meridional (Pakistán) y sudoriental (Myanmar y la República

Democrática Popular Lao). También revisaron un proyecto de la *Guía* especialistas de alto nivel en tratamiento y demanda de drogas del Canadá, los Estados Unidos, los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza.

E. Propósito y estructura de la Guía

En la *Guía* se fomenta un criterio sistemático para reflexionar acerca de los problemas de abuso de drogas y de las personas que necesitan tratamiento, así como para planificar y prestar servicios. Se promueve una secuencia lógica y progresiva que vincula la política a la determinación de las necesidades y la planificación y aplicación del tratamiento a la observación y la evaluación.

Además de la presente introducción, la *Guía* abarca los siguientes capítulos:

- Capítulo II: Elaboración de un marco estratégico de tratamiento;
- Capítulo III: Determinación de las necesidades en materia de tratamiento;
- Capítulo IV: Servicios eficaces de tratamiento y rehabilitación;
- Capítulo V: Creación y prestación de servicios de tratamiento;
- Capítulo VI: Integración eficaz de los servicios de tratamiento,
- Capítulo VII: Observación del desarrollo del tratamiento y de los resultados.

En el **capítulo II** se describen los componentes básicos de un plan estratégico o una política de tratamiento y rehabilitación de personas dependientes de sustancias y cómo elaborar y ejecutar ese plan o esa política. Se examina de qué manera el tratamiento se inscribe en el contexto más amplio de las cuestiones normativas y en el marco jurídico de un país y la mejor forma de determinar si la política está bien orientada hacia sus metas y objetivos.

En el **capítulo III** se indica la mejor manera de conceptualizar la cuestión de la “necesidad de tratamiento” y de observar a la población de un país para determinar las clases de problemas que puede tener y los diferentes grupos que se han de tener en cuenta. Más adelante se ofrecen sugerencias prácticas para llevar a cabo un ejercicio de determinación de las necesidades que se pueda utilizar después regularmente.

En el **capítulo IV** se examina una variedad de servicios de tratamiento y rehabilitación de eficacia comprobada por las investigaciones. Esa información resultará útil en la práctica al considerar qué clase de tratamiento a aplicar para abordar determinados problemas. El capítulo IV

debe leerse conjuntamente con la publicación complementaria titulada *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas* [4].

En el **capítulo V** se ofrece orientación práctica para crear servicios de tratamiento individual o sistemas más elaborados de tratamiento y rehabilitación. En esos planes, elaborados en respuesta a las necesidades que se han determinado, se incorporan los servicios de tratamiento de eficacia comprobada que se examinaron en el capítulo IV. En esa parte central figuran sugerencias prácticas para indicar, paso a paso, la manera de llevar adelante el proceso de planificación.

En el **capítulo VI** se sigue examinando la labor de planificación y desarrollo presentada en el capítulo V. Se insiste en la necesidad de garantizar que los servicios individuales y las diversas clases de servicios coordinados actúen en forma integrada y eficiente y de lograr que los equipos trabajen con eficacia.

El **capítulo VII** está relacionado con todos los capítulos anteriores. En él se examina la cuestión de evaluar u observar el desarrollo del tratamiento y determinar si es eficaz. Se ofrecen sugerencias prácticas sobre la mejor manera de reunir información básica o más compleja acerca del funcionamiento del servicio de tratamiento y del grado de eficacia con que éste cumple sus objetivos declarados.

Los seis capítulos siguientes se pueden leer uno tras otro o en forma independiente. En el caso de los países que están considerando la posibilidad de crear servicios de tratamiento, se sugiere que se lean los capítulos II a VII en orden correlativo. Los países con sistemas establecidos tal vez prefieran centrarse en los capítulos VI y VII, si bien de todos modos pueden encontrar interesantes los capítulos III y V cuando estén organizando una nueva determinación de necesidades en una comunidad en particular, o cuando deseen estudiar un problema incipiente de uso indebido de drogas y la mejor manera de responder a él.

El siguiente cuestionario de autoanálisis puede ser útil para decidir la manera de utilizar la *Guía*.

F. Cómo utilizar la Guía

El PNUFID reconoce que muchos lectores acudirán a la *Guía* con un interés o un problema estratégico concreto. A fin de ayudarles a utilizarla, en el siguiente cuestionario de autoanálisis hay varias preguntas acerca del contexto y la situación de cada lector. Responderlas puede servir de ayuda para utilizar la información que se ofrece como instrumento práctico.

Cuestionario de autoanálisis

P1. ¿Dispone su país de una política o plan estratégico nacional que abarque el tratamiento y la rehabilitación de personas dependientes de sustancias?

No – Comience en el capítulo II y luego pase a la P2.

Sí – ¿Comprende esa política indicadores y metas de ejecución para comprobar los progresos realizados?

Sí – Pase a la P2.

No – Comience en el capítulo II y luego pase a la P2.

P2. ¿Debe encontrar la manera de determinar los problemas de drogas que requieren tratamiento y qué clase de tratamiento puede ser necesario para abordar los problemas de drogas conocidos en una comunidad o un grupo de la población en particular?

Sí – Vea el capítulo III y luego pase a la P3.

No – Pase a la P3.

P3. ¿Debe pasar revista a la variedad de servicios cuya eficacia en el tratamiento del abuso de drogas ha sido comprobada por investigaciones internacionales?

Sí – Vea el capítulo IV y luego pase a la P4.

No – Pase a la P4.

P4. ¿Es necesario establecer un nuevo centro de tratamiento y rehabilitación o mejorar los servicios existentes en una o más partes del país?

Sí – Vea el capítulo V y luego pase a la P5.

No – Pase a la P5.

P5. ¿Se desea examinar el funcionamiento de los servicios existentes o fortalecer los vínculos y la eficacia de la integración y coordinación entre los servicios?

Sí – Vea los capítulos VI y VII.

No – Pase a la P6.

P6. ¿Es necesario mejorar los arreglos de supervisión del funcionamiento y de la prestación de servicios de tratamiento y rehabilitación en uno o más aspectos?

Sí – Vea el capítulo VII.

Elaboración de un marco estratégico de tratamiento

En el presente capítulo se examina la cuestión de cómo se debe conceptualizar un marco estratégico de tratamiento y cuáles son las cuestiones básicas que se deben abordar al elaborar y ejecutar una política y un plan de tratamiento.

La información que figura en el presente capítulo ayudará a:

- Incorporar la creación de servicios de tratamiento en marcos estratégicos y jurídicos más amplios de fiscalización de drogas y reducción de la demanda;
- Reconocer la importancia de fijar objetivos mensurables y prioridades en la planificación de políticas;
- Comprender los elementos fundamentales y los principios rectores de una política de tratamiento;
- Comprender la necesidad de establecer alianzas multisectoriales para la creación y prestación de servicios eficaces.

En el presente capítulo se analizan los elementos constitutivos de un marco estratégico y de qué manera se integran en un plan nacional sobre drogas más amplio. El objetivo es ayudar a elaborar una estrategia de tratamiento. La información que se brinda va dirigida a los encargados de formular políticas y a los profesionales de alto nivel de órganos nacionales y locales, incluidos los ministerios (de salud, justicia y bienestar social), así como de organismos regionales y provinciales, y a sus asesores. Otros interesados directos importantes que deben participar con empeño en la elaboración del marco son los encargados de los tratamientos, los usuarios de los servicios y los grupos comunitarios y organizaciones de promoción, a los que también incumbirá una función en la preparación de la estrategia.

La lectura del presente capítulo de la *Gua* debe complementarse con la del documento que la acompaña, titulado “Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas”. En ese texto conciso se analizan las expectativas que despierta en la sociedad el tratamiento de los problemas derivados del abuso de drogas y los beneficios que se pueden obtener a cambio de la inversión que haga la sociedad en servicios de tratamiento en lo que respecta a mejorar la salud de las personas y aliviar los problemas

sociales de las familias y comunidades. Se examina, en particular, el impacto de diversos tipos de tratamiento frente a otras opciones que no conllevan tratamiento, como la de no someterse a terapia alguna o la intervención del sistema de justicia penal, y se aboga por que la prestación de servicios de tratamiento se incorpore en la combinación de opciones normativas que forman parte del marco nacional.

El presente capítulo se divide en tres partes. En la parte A se explican las razones para justificar la elaboración de un marco estratégico y se abordan las definiciones de tratamiento, los principios que sirven de base a la política y las características fundamentales típicas de un plan estratégico. En la parte B se abordan el marco jurídico y reglamentario de la estrategia y aspectos jurídicos relacionados con las disposiciones relativas al tratamiento, la ética profesional, cuestiones operacionales y relativas a la calidad, cuestiones fiscales y contractuales y el tratamiento en el sistema de justicia penal. En la parte C se examinan la elaboración y aplicación de la estrategia y la importancia de obtener la colaboración de distintos participantes, de lograr un compromiso político, de realizar un análisis de la situación y planificación acertados, de basarse en pruebas científicas, de aplicar un criterio progresivo y gradual, de fomentar la colaboración y la integración, de recurrir a intervenciones en la propia comunidad, de velar por la diversificación, la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios y de supervisar la ejecución.

A. Definiciones y principios estratégicos

En la actualidad, casi todos los países deben estudiar la mejor manera de hacer frente al abuso de una o más sustancias psicoactivas que causan problemas a las personas, las familias y la comunidad. Esas sustancias comprenden el cannabis, los opioides (como la heroína), la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico, los sedantes y tranquilizantes, los alucinógenos, los disolventes e inhalables y el alcohol. La mejor manera de organizar y orientar la lucha contra el abuso de drogas es mediante una política pública y un marco estratégico. Si bien es posible elaborar un programa de tratamiento individual o un sistema

completo de tratamiento sin disponer de ese marco, crearlo reporta beneficios considerables. El valor del marco estratégico radica en que permite comunicar, en un documento conciso y claro, la índole del problema, las medidas que adopta el país para hacerle frente y el tipo de resultados que se espera obtener.

Una política pública y un proceso de planificación del marco estratégico son la mejor guía para elaborar tratamientos contemporáneos del abuso de drogas en los planos local, regional o nacional. Ese marco de tratamiento debe circunscribirse al contexto del plan básico de cada país en materia de drogas o al de la política nacional pertinente y debe convertirse en un elemento importante de las estrategias de reducción de la demanda incluidas en esos documentos.

1. Definición de tratamiento

Antes de elaborar una política estratégica de tratamiento es necesario conceptualizar y definir con claridad lo que se entiende por tratamiento.

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible [5].”

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ex Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito) titulada *Demand Reduction – A Glossary of Terms* se añade: “Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena. Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con éste” [6].

El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas los servicios médicos y psicosociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas intervenciones se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo.

2. Consenso internacional acerca de la elaboración de una estrategia de tratamiento

Existe ahora consenso entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas en cuanto a asignar recursos a una variedad de actividades de prevención y tratamiento. En la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas se afirma que “Los programas de reducción de la demanda deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas. Deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social. Deberá brindarse pronta ayuda y acceso a los servicios a quienes lo necesiten”. En la Declaración también se enuncia un conjunto de principios concretos que deben servir de base a la elaboración de una estrategia. En el recuadro 1 se resumen dichos principios.

En la mayoría de los países existe un plan básico sobre drogas o un marco normativo nacional de mayor alcance para organizar y orientar la forma de abordar el problema. Habida cuenta de que el abuso de drogas puede llegar a afectar a muchos sectores de la población y da lugar a problemas sanitarios, sociales y jurídicos, esos planes se integran con frecuencia en las políticas vigentes de aplicación coercitiva de la ley, justicia, educación, salud, trabajo, agricultura, economía y bienestar social.

Para que una estrategia de tratamiento sea eficaz debe insertarse en ese marco normativo más amplio, en el que la reducción de la oferta y la demanda son objetivos primordiales. Los planes de tratamiento y prevención son sectores esenciales que respaldan la ejecución de un plan equilibrado de reducción de la demanda. Si bien la política de prevención escapa al alcance del presente estudio, debe formularse al mismo ritmo que la de tratamiento si se desea lograr un enfoque global equilibrado. En general, la planificación estratégica es una labor decisiva en la que uno o más organismos determinan el carácter y alcance de las necesidades de una población y establecen un marco para utilizar de manera óptima los recursos a fin de atender a esas necesidades.

Recuadro 1**Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas^a**

"8. ... de conformidad con los principios de la Carta de las Naciones Unidas y del derecho internacional, en particular el respeto de la soberanía e integridad territorial de los Estados, los derechos humanos y las libertades fundamentales y los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y el principio de la responsabilidad compartida:

- a) Deberá existir un equilibrio entre la reducción de la demanda y la reducción de la oferta, de forma que ambas se refuercen mutuamente, en el marco de una estrategia integrada para resolver el problema de la droga;
- b) Las políticas de reducción de la demanda deberán:
 - i) Estar orientadas hacia la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido;
 - ii) Prever y fomentar la participación activa y coordinada de los particulares a nivel de la comunidad, tanto en general como en situaciones que entrañan un riesgo especial, por ejemplo, por razones de ubicación geográfica, circunstancias económicas o la presencia de una población relativamente numerosa de toxicómanos;
 - iii) Tener muy presentes las especificidades tanto culturales como de género;
 - iv) Contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable".

"10. Los programas de reducción de la demanda deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, desde desalentar el consumo inicial hasta reducir las consecuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas. Deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social. Deberá brindarse pronta ayuda y acceso a los servicios a quienes lo necesiten".

^aResolución S-20/3, de la Asamblea General, anexo.

3. Características esenciales de un marco estratégico de tratamiento

Crece la expectativa en muchas comunidades de poder tener acceso a una diversidad de servicios de tratamiento, independientemente de la edad, la raza, el sexo, las preferencias sexuales, el nivel socioeconómico y el lugar en que se viva. La clave del éxito de la lucha contra el abuso de drogas es la asociación y la cooperación activa entre la administración central y las autoridades locales, los organismos no gubernamentales, los proveedores de servicios

y la comunidad. Como la adicción a menudo conlleva un estigma social, los agentes comunitarios tal vez deban asumir, conjuntamente con las personas influyentes, una función de promoción con objeto de que se comprendan cabalmente los problemas del abuso de drogas y la manera eficaz de tratarlos. Apoyar los servicios de tratamiento en la comunidad presenta grandes ventajas, ya que puede fomentar la creación de un entorno propicio a la prevención del abuso de drogas y ayudar a obtener los recursos necesarios para el funcionamiento y el desarrollo de los servicios.

En un marco estratégico se exponen principios importantes que sirven de base a los criterios de tratamiento en determinado país y se enuncian las metas, los objetivos y las actividades del sistema nacional de servicios de tratamiento. Se determinan los recursos y los organismos y organizaciones encargados de ejecutar la labor en él prevista y se establecen indicadores de resultados para supervisar las actividades.

En algunos países los planes de esa índole han evolucionado hasta convertirse en declaraciones normativas y prácticas detalladas y complejas. Sin embargo, el documento del marco estratégico no tiene por qué ser extenso y detallado, aunque sí debe reflejar el contexto cultural y económico del país y las prioridades que éste ha establecido para abordar el problema. Es importante que se enuncien con claridad los principios y metas generales. Corresponde también determinar las actividades concretas que se emprenderán y un conjunto convenido de indicadores que permitan establecer en qué medida la estrategia está cumpliendo sus objetivos. Es importante que los marcos estratégicos de tratamiento se consideren documentos dinámicos con una vida útil predeterminada, que deben revisarse y actualizarse periódicamente para que mantengan su vigencia.

Si bien los planes estratégicos de tratamiento del abuso de drogas varían, tienen ciertas características comunes. En particular, la mayoría de ellos permite:

- Determinar y describir los grupos afectados por el abuso de drogas y el carácter y la magnitud de los problemas que se han de tratar;
- Resumir las convicciones, los valores, las metas y los objetivos de los organismos nacionales, regionales, comunitarios y proveedores de servicios que se ocuparán del problema;
- Designar el organismo público o autoridad que se encargará de la gestión de la política;
- Describir las funciones generales de cada uno de los organismos nacionales, regionales y locales (públicos

o privados) que participarán y la forma en que contribuirán en las diversas etapas de planificación y aplicación de la política;

- Determinar los mecanismos de representación y participación de la comunidad;
- Señalar el marco y las disposiciones legislativas que harán posible el tratamiento;
- Detallar los tipos concretos de tratamiento que se deben elaborar o ampliar y las actividades correspondientes que han de desarrollarse;
- Determinar los recursos financieros y humanos con que se contará;
- Establecer resultados viables que puedan esperarse del tratamiento y los métodos para determinar si se han obtenido;
- Indicar de qué manera se supervisará y revisará la ejecución de la estrategia y se darán a conocer y considerarán el desarrollo y las repercusiones de ésta en el país.

Como ejemplos de políticas nacionales relativas al abuso de drogas, en el recuadro 2 se enumeran los elementos esenciales del marco estratégico de Australia y en el recuadro 3 se describe la red de servicios de tratamiento de España.

B. Marco jurídico y reglamentario

Los tratados de fiscalización internacional de drogas constituyen el fundamento jurídico de las medidas adoptadas en la materia. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes [7], el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 [8] y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 [9] contienen disposiciones en que se pide a los Estados Miembros de las Naciones Unidas que presten atención especial a la pronta identificación, el tratamiento, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas con problemas de uso indebido de drogas y que adopten todas las medidas posibles en ese sentido. También se pide a los Estados Miembros que fomenten la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de drogas [10].

La adopción de medidas para hacer frente a los problemas de farmacodependencia es un aspecto complejo de la acción social que con frecuencia abarca la participación de una gran diversidad de organismos, entre ellos servicios sociales, organismos de justicia penal como la policía, los encargados de los sistemas de libertad vigilada y las autoridades penitenciarias y otros organismos de atención de la salud y bienestar social.

Hay una serie de cuestiones y disposiciones jurídicas que afectan a la organización y administración del tratamiento del abuso y la dependencia de drogas. Existen grandes diferencias entre los países en cuanto a la índole y el alcance de esos mecanismos jurídicos de control. En muchos casos, las disposiciones jurídicas que inciden en el tratamiento del abuso de sustancias no figuran en una sola ley o conjunto de leyes, sino que aparecen en distintas normativas, por ejemplo, en leyes sobre drogas, en disposiciones sobre los derechos del consumidor o en reglamentaciones relativas al ejercicio de la medicina. En todos los casos, debe haber un alto grado de concordancia entre el marco estratégico de tratamiento y las leyes y reglamentaciones nacionales pertinentes. La legislación sobre fiscalización de drogas suele preceder a la elaboración de estrategias de tratamiento. En esos casos, habrá que analizar las leyes vigentes para determinar si son compatibles con las políticas y estrategias nacionales de tratamiento que se ha previsto elaborar y hacer las modificaciones que correspondan. A continuación se destacan aspectos jurídicos relativos a nueve esferas de acción.

1. Designación de la autoridad encargada del tratamiento

Un aspecto básico que se aborda con frecuencia en la legislación que regula el tratamiento y la rehabilitación de adictos es la designación de los organismos competentes. Habida cuenta de la variedad de problemas personales de salud, sociales, familiares, económicos y penales relacionados con el abuso de sustancias, es común que varios departamentos de las administraciones central y locales se dediquen a hacer frente a la cuestión. Las estrategias actuales sobre el abuso de drogas suelen adoptar la forma de una declaración de política básica en que se prevé la participación de varios organismos públicos y el nombramiento de una autoridad dentro de la administración, si bien con un departamento rector encargado de la función general de analizar y dirigir la política. La distribución de funciones entre los distintos departamentos por lo general está determinada por los precedentes y por la organización de los sistemas de salud y bienestar social del país de que se trate. Cualquiera que sea el equilibrio que se establezca, el objetivo debe ser garantizar una coordinación eficaz de los servicios de tratamiento. En el recuadro 4 se ilustra la forma en que Eslovenia ha dispuesto la designación de la autoridad encargada del tratamiento y la coordinación general de los servicios.

2. Ética profesional

El personal de los servicios de tratamiento que tenga título profesional oficial debe regirse por un código de conducta profesional y pertenecer, por regla general, a un

Recuadro 2**Marco nacional estratégico de Australia en materia de drogas, 1998-1999 a 2002-2003**

El Gobierno de Australia elaboró un marco nacional estratégico en materia de drogas para el período 1998-1999 a 2002-2003.

Cuatro de las ocho esferas prioritarias establecidas en el marco estratégico son el acceso al tratamiento, la creación de alianzas, los nexos con otras estrategias y la educación y capacitación profesionales.

Bajo el epígrafe "Acceso al tratamiento" se establecen los siguientes sectores en que se habrán de desarrollar los servicios:

- Aumentar la variedad de servicios, por ejemplo, estableciendo varias farmacoterapias opcionales para el tratamiento de la dependencia de opioides a fin de adaptar mejor el tratamiento a las necesidades de cada persona;
- Aumentar la eficacia y mejorar la calidad de los servicios, por ejemplo, velando por prestar servicios de calidad comprobada y por que el personal encargado posea experiencia y la preparación adecuada;
- Mejorar el acceso a los servicios y asegurarse de que cuenten con la aceptación de la comunidad, lo que conlleva la creación de servicios para determinados grupos (jóvenes, indígenas, madres, la población de las zonas rurales y remotas y personas con antecedentes culturales y lingüísticos diversos) y la prestación de servicios culturalmente más pertinentes en los principales centros de tratamiento;
- Aumentar la participación de los principales proveedores de servicios, entre ellos médicos generales y hospitales, en la intervención precoz y la prevención de recaídas;
- Establecer vínculos más estrechos entre los servicios de tratamiento de la toxicomanía y de atención de la salud mental a fin de mejorar la prestación de servicios en los dos sectores y en los principales centros de salud que atienden a pacientes afectados simultáneamente por trastornos mentales y problemas de drogas;
- Aumentar el acceso al tratamiento para las personas que se hallen a disposición de la justicia penal o de la justicia de menores, lo que comprende una mayor utilización de programas de remisión de casos por la justicia a fin de que las personas detenidas por delitos de menor cuantía relacionados con drogas puedan ser remitidas a una variedad de servicios apropiados de tratamiento.

Para obtener más detalles, véase: <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/ndsf.pdf>

Recuadro 3**Servicios que presta la red de tratamiento y rehabilitación de España**

En la actualidad, España cuenta con una red de programas y recursos, consolidada y diversificada, que atiende a la población drogodependiente realizando una oferta variada de actuaciones en función de las diferentes necesidades que los consumidores y sus familias presentan.

Esta red depende de las Comunidades y Ciudades Autónomas, las entidades locales y las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de las drogodependencias.

La mayoría de las personas son atendidas en centros ambulatorios y el recurso utilizado en segundo lugar en orden de frecuencia es la prescripción o el despacho de metadona.

Al respecto, cabe destacar el importantísimo incremento que este último tipo de programas (de mantenimiento con metadona) y, en general, todos los programas encaminados a la reducción del daño asociado con el consumo de drogas (por ejemplo, programas de vacunación, programas de distribución e intercambio de jeringuillas y los kits sanitarios) ha venido experimentando en los últimos años.

Otros programas tienen como objetivo facilitar la incorporación a la sociedad de las personas afectadas por toxicomanías que están en tratamiento. Estos programas abarcan tanto actividades de formación académica y profesional como programas de integración laboral (por ejemplo, trabajo en talleres artesanales, programas específicos de empleo y promoción de cooperativas de autoayuda) o de apoyo residencial (por ejemplo, mediante hogares de transición o acogida temporal en familias).

En relación con el impulso a los programas de incorporación laboral, y de conformidad con un acuerdo de colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, se ofrecieron 5.000 plazas para promover la inserción laboral de drogodependientes por conducto del Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional.

Además, existe un programa global de intervención sobre la problemática de los drogodependientes con problemas jurídicos o penales que comprende las siguientes estrategias: el fomento de penas sustitutivas de la privación de la libertad; programas en comisarías y juzgados, y programas de intervención en instituciones penitenciarias, especialmente el tratamiento con metadona.

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas de España. Para obtener más información, véase: <http://www.mir.es/pnd/presenta/html/user.htm>

órgano profesional regulador y de apoyo. También puede existir una asociación general de profesionales que se ocupen de una disciplina determinada en la esfera del abuso de sustancias, por ejemplo, del asesoramiento. Las normas profesionales pueden comprender:

- El compromiso de velar por que ningún profesional discrimine contra los usuarios de los servicios por motivos de sexo, raza, religión, orientación sexual o discapacidad;
- La adhesión a los reglamentos y normas que regulan la labor de los profesionales y el suministro de información a los pacientes con respecto a su tratamiento;
- La adhesión especial a la promoción de los derechos del paciente, incluido el derecho a la confidencialidad, en lo tocante a la preparación, el archivo y la comunicación de registros e historias clínicas;
- El imperativo de velar por que el profesional tenga el grado de competencia necesario para cumplir una función determinada y por que existan los mecanismos necesarios de supervisión periódica y de educación y formación continuas;

- Una adhesión demostrada a los valores y objetivos de una organización, reflejada en acciones dirigidas a garantizar la calidad y aplicar estrategias de supervisión periódica de la ejecución y observación de los resultados de los servicios prestados.

Un código de conducta profesional puede abarcar los siguientes elementos: la seguridad de los profesionales, sus funciones y limitaciones, normas de divulgación de información y medidas y sanciones aplicables en casos de mala conducta. Todo órgano profesional por lo general está facultado por ley para investigar la conducta de uno de sus miembros o para suspenderlo del ejercicio de su profesión. La mayoría de los profesionales que tratan a drogodependientes están obligados a tener un seguro profesional o una póliza de indemnización.

3. Derechos y deberes de los participantes en los programas de tratamiento

Muchos países han promulgado leyes generales sobre los derechos individuales a la atención de la salud y el bienestar

Recuadro 4

Disposiciones jurídicas relativas al tratamiento del abuso de drogas en Eslovenia

En la ley eslovena sobre prevención del consumo de drogas ilícitas y medidas relativas a los consumidores de 1999 se enuncian medidas para el tratamiento del abuso y la dependencia de drogas. La ley dispone que el tratamiento de los consumidores de drogas ilícitas se administre en hospitales y clínicas ambulatorias aprobados por el Consejo de Salud.

El Ministro de Salud debe designar un órgano encargado de coordinar los centros de prevención y tratamiento de la adicción a drogas ilícitas para que elabore la política de tratamiento, verifique su aplicación y coordine la cooperación profesional entre los centros de prevención y tratamiento. Con arreglo a la ley que regula el ejercicio de la medicina, el tratamiento comprende terapia de mantenimiento con metadona y otros sustitutos aprobados por el Consejo de Salud.

Los centros ambulatorios de prevención y tratamiento de la drogodependencia están organizados a nivel de la atención primaria de la salud, como parte de la red de servicios de salud pública. Los servicios que se prestan en los centros ambulatorios abarcan el programa de mantenimiento con metadona.

Además, el Gobierno de Eslovenia debe establecer una institución de salud pública, el Centro de Tratamiento de Adictos a Drogas Ilícitas, que estará a cargo de la organización de los tratamientos que se administren en hospitales y clínicas ambulatorias especializadas. Se entiende que el tratamiento hospitalario abarca desintoxicación, terapia psicosocial, tratamiento prolongado y rehabilitación física.

Con arreglo a la ley, las comunidades residenciales son consideradas ámbitos terapéuticos en que se ejecutan programas de tratamiento y rehabilitación de carácter profesional, grupos comunitarios con un programa fundamentalmente de ayuda mutua y hogares de atención especial regidos por un programa basado en su mayor parte en la vida y el trabajo en grupo.

Por otra parte, en la ley se reconoce la necesidad de contar con la participación de organizaciones no gubernamentales y de coordinar sus actividades con el programa nacional.

Se ha previsto que la ejecución de los programas de prevención y tratamiento y de vigilancia del consumo se sufrage con cargo al presupuesto nacional. Las actividades de las organizaciones no gubernamentales se financiarán con cargo al presupuesto nacional y a otros fondos. Los participantes en los programas aportarán parte de los recursos.

Recuadro 5**Aplicación práctica de la legislación sobre los derechos del consumidor a la prevención y el tratamiento del abuso de drogas**

La Administración de Servicios de Salud Mental y de Prevención del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos de América ha formulado directrices sobre los derechos de los usuarios de los servicios de prevención y tratamiento de la drogodependencia. Esas directrices constituyen la aplicación práctica de las leyes sobre los derechos del consumidor y en ellas se abordan asuntos importantes que se han planteado al aplicar la Consumer Bill of Rights and Responsibilities (Carta de Derechos y Responsabilidades del Consumidor) en los contextos de la atención de la salud mental y de la prevención y el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas. Se ha abordado una variedad de cuestiones y se ha brindado orientación operacional práctica y ejemplos de la forma en que pueden aplicarse esos derechos y responsabilidades. En materia de orientación se examinan las siguientes cuestiones:

Divulgación de información	Proveedores y planes
Servicios de emergencia	Decisiones relativas al tratamiento
Respeto y no discriminación	Confidencialidad de la información médica
Demandas y apelaciones	Responsabilidades del consumidor
Acceso a los servicios	Programas de mediación
Conocimientos sobre la salud	Glosario

Para obtener más información, véase <http://www.samhsa.gov/mc/content/cbr/index.htm>

social sin referirse especialmente a la drogodependencia. En virtud de esas leyes, los toxicómanos tienen el mismo derecho a recibir tratamiento que las personas que sufren otros trastornos crónicos de salud. Esos derechos pueden expresarse de diversas formas en una variedad de políticas y declaraciones y comprenden, por ejemplo, el respeto de la dignidad humana, la prestación de servicios no discriminatorios, el acceso a servicios de tratamiento adaptados a las necesidades individuales y mecanismos de defensa y asesoramiento relacionados con el proceso penal. Los usuarios de los servicios también se comprometen mediante una declaración a cumplir ciertos deberes respecto de los servicios de tratamiento, generalmente relacionados con la conducta que han de observar y su participación en el programa terapéutico.

En muchos países los usuarios están amparados por declaraciones de derechos y estatutos que consagran su derecho a presentar demandas por tratamiento inadecuado y a consultar todos los registros clínicos que le conciernan y obtener copia de ellos. En muchos sistemas de tratamiento también se han establecido normas sobre confidencialidad en las que, por lo general, se restringe por ley a un mínimo absoluto la posibilidad de que el encargado del tratamiento divulgue a terceros u obtenga de éstos, sin consentimiento informado y por escrito del interesado, información personal e información relacionada con el tratamiento. En el recuadro 5 figuran consideraciones detalladas sobre esas cuestiones y algunas directrices prácticas sobre los derechos de los usuarios de los servicios.

4. Normas y acreditación de los servicios

Existe un interés cada vez mayor por que se establezcan sistemas de acreditación de los servicios de tratamiento de la drogodependencia. Se trata de sistemas encaminados a asegurarse de que los proveedores de servicios cumplan una serie de normas de ejecución y toda otra normativa jurídica que regule la organización, la gestión y la administración del tratamiento.

Uno de los sistemas de acreditación más avanzados es el de los Estados Unidos de América. El Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias supervisa en ese país el sistema de acreditación de los servicios de tratamiento y presta asistencia técnica para facilitar el cumplimiento de las normas de acreditación por parte de los proveedores de servicios [11]. En el recuadro 6 se describe la iniciativa de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) encaminada a impulsar la elaboración de normas de atención en el hemisferio occidental.

5. Cuestiones operacionales y relativas a la calidad

En muchos países los servicios se rigen por normas de control de calidad y otras normas clínicas y de otra índole basadas en la legislación interna y en el derecho internacional. Las normas pueden aplicarse a aspectos del entorno de tratamiento como la seguridad de los edificios, la intimidad de los pacientes internados y la calidad

Recuadro 6**Iniciativa apoyada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas: normas de atención en el tratamiento del abuso de drogas**

La iniciativa de apoyo emprendida por la CICAD en 1997 tiene por objeto ayudar a los gobiernos a lograr un consenso nacional entre los profesionales de la salud sobre la conveniencia de establecer normas de atención y posteriormente aplicar prácticas y directrices. Un objetivo a largo plazo recomendado por el Grupo de Expertos de la CICAD sobre reducción de la demanda (en marzo de 1998 y en agosto de 2001) es elaborar sistemas de acreditación de los proveedores de servicios de tratamiento.

Para obtener más información, véase: <http://www.cicad.oas.org/en/demandreduction/Projects/Standards.htm>

del alojamiento (por ejemplo, la calefacción, la iluminación y la alimentación) y los demás servicios conexos. Además, las reglamentaciones nacionales sobre la gestión clínica pueden exigir que se apliquen las siguientes políticas y prácticas de organización:

- Establecer órganos y comisiones de administración con determinado número de miembros y determinada composición;
- Atender a cuestiones relativas a los registros de los pacientes y la seguridad de la información;
- Establecer procedimientos para la determinación de riesgos y la divulgación de información por los profesionales sin el consentimiento del interesado (por ejemplo, en los casos en que se considere que éste constituye un riesgo para sí mismo o para los demás);
- Proceder al registro legal, ante un organismo público, de la institución que administra el tratamiento;
- Establecer procedimientos para almacenar los medicamentos sometidos a fiscalización y deshacerse de ellos;
- Cumplir las obligaciones previstas en la legislación laboral con respecto al personal.

En los recuadros 7 y 8 se dan ejemplos de iniciativas en materia de normas de atención.

6. Reglamentación de las farmacoterapias

Existen requisitos jurídicos concretos que rigen los tratamientos médicos en que se prescriben fármacos para tratar la drogodependencia. La medicación sustitutiva que se receta con más frecuencia es la metadona, que se utiliza para el tratamiento de la dependencia de opioides. En los tratados de fiscalización internacional de drogas se exige que las sustancias sometidas a fiscalización se suministren o despachen únicamente con receta médica, que sólo puede extender un médico profesional autorizado (o con licencia). También pueden existir mecanismos jurídicos de control aplicables a los siguientes aspectos de las farmacoterapias:

- Las instituciones autorizadas o el personal que puede administrar distintas modalidades de tratamiento;
- La vía de administración permitida del medicamento (habitualmente sólo por vía oral);
- Las condiciones para despachar medicamentos que contengan sustancias sometidas a fiscalización (por ejemplo, si el paciente puede automedicarse sin supervisión);
- Las dosis máximas indicadas para las etapas de inducción del tratamiento y de mantenimiento subsiguiente;
- Los criterios de selección para el tratamiento de sustitución (por ejemplo, la edad mínima, un intento previo de someterse a tratamiento o la duración mínima de la dependencia);
- El requisito de someter a los pacientes a análisis biológicos periódicos para detectar drogas ilícitas.

7. Cuestiones fiscales y contractuales

Existen enormes diferencias a nivel internacional en cuanto a los recursos humanos y financieros de que se dispone para apoyar los servicios de tratamiento y a las disposiciones jurídicas que regulan la asignación de éstos. Sin embargo, por exiguos que sean esos recursos, en toda estrategia eficaz se debe indicar el nivel de inversión previsible y la forma de distribuir esa inversión en apoyo de los servicios de tratamiento. Por ejemplo, se pueden establecer sistemas nacionales de salud financiados mediante impuestos y seguros individuales, la financiación mixta, pública y privada de los servicios de tratamiento o servicios sufragados exclusivamente con fondos privados.

Los encargados de los tratamientos pueden concertar arreglos contractuales jurídicamente vinculantes con órganos de financiación o patrocinadores que aporten fondos para la administración del tratamiento. En esos acuerdos se puede establecer:

- La prestación de un volumen determinado de servicios en un plazo estipulado;

Recuadro 7 **Elaboración de normas mínimas de atención para los programas de tratamiento del abuso y la dependencia de drogas en Nicaragua**

El Gobierno de Nicaragua está abocado a la tarea de elaborar normas mínimas de atención para los centros o programas de tratamiento del abuso y la dependencia de drogas, con la coordinación de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Lucha contra las Drogas y el Ministerio de Salud. Como parte de ese proceso, en enero de 2002 se organizó en Managua, en el marco de un proyecto regional apoyado por el PNUFID, un curso práctico encaminado a lograr consenso y facilitar la formulación de las normas. Contribuyeron al curso 31 participantes de diferentes sectores públicos que se ocupan de cuestiones conexas (la salud, la familia, la fiscalización de drogas y la justicia penal), así como proveedores de servicios de tratamiento públicos y privados. Ese grado de participación era indispensable para establecer unas normas de atención acordes con la realidad nicaragüense.

El objetivo general de las normas mínimas de atención previstas era mejorar la calidad de la atención en los centros o programas públicos y privados que atienden a las personas con problemas causados por el consumo de drogas. Se determinaron los siguientes objetivos inmediatos de las normas:

- Servir de punto de referencia y de orientación para la labor de las instituciones de tratamiento;
- Establecer criterios uniformes a nivel nacional para evaluar la calidad de la atención en las instituciones públicas y privadas;
- Determinar los factores relacionados con el incumplimiento de las normas nacionales de atención recién establecidas.

El curso práctico se basó en una metodología de participación que comprendió grupos de trabajo, sesiones de reflexión, debates y exposiciones de los participantes. El resultado principal de la actividad fue un documento de consenso en el que figuraban 87 normas de atención agrupadas en las categorías siguientes:

- Criterios relativos al acceso, la disponibilidad y la admisión;
- Evaluación del paciente;
- Carácter y organización del tratamiento y servicios que lo componen;
- Alta del tratamiento, seguimiento y remisión de casos;
- Cobertura de los servicios e intervención rápida;
- Derechos del paciente;
- Infraestructura física de los centros de tratamiento;
- Dotación de personal.

El grupo aprobó un plan de acción para la elaboración y el establecimiento de un sistema encaminado a vigilar el cumplimiento de las normas mínimas de atención convenidas. En él se fijaron plazos concretos y se dispuso la creación de comisiones encargadas de aplicar las medidas adoptadas. Una comisión coordinadora dirigida por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud prepararía el documento final para ponerlo en práctica con carácter experimental. Se esperaba empezar a aplicar el sistema de supervisión a fines de 2002.

Recuadro 8 **Normas mínimas de los servicios en la India**

En cumplimiento de su mandato de coordinar la estrategia de reducción de la demanda de alcohol y drogas, el Ministerio de Justicia Social y Potenciación de la Comunidad del Gobierno de la India ha venido ejecutando en los últimos 15 años una amplia variedad de programas en la comunidad, por conducto de voluntarios, para la prevención del alcoholismo y el abuso de drogas y el tratamiento y la rehabilitación de los adictos.

Las organizaciones comunitarias vinculadas a los programas han venido aplicando una gran variedad de intervenciones innovadoras localizadas y adaptadas a las necesidades de la comunidad en general y de los grupos destinatarios en particular.

A lo largo de los años, los programas de formación destinados a los proveedores de servicios, relativos a los principios y prácticas de atención y de protección en la labor de rehabilitación, han establecido ciertas normas mínimas para los profesionales encargados de la rehabilitación.

Sin embargo, habida cuenta de la extensión del país, la heterogeneidad sociocultural y las diferencias de capacidad de los organismos de ejecución, hace tiempo que se viene considerando necesario determinar las prácticas más idóneas de prestación de servicios y codificarlas en un conjunto de directrices que puedan aplicarse como normas mínimas de manera uniforme a todos los organismos de ejecución.

Fruto de ese esfuerzo es el "Manual de normas mínimas de los servicios para los programas del Plan de prevención del alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas)". Con el objetivo declarado de lograr la "recuperación integral de la persona", en el Manual se definen, entre otras cosas, los componentes indispensables de los programas de reducción de la demanda de alcohol y drogas previstos en el Plan, los requisitos infraestructurales mínimos de cada componente, la índole y calidad de los servicios, las actividades de los distintos servicios, los aportes necesarios a cada actividad y los resultados previstos, y los registros obligatorios que se llevarán. También se ha establecido el marco para la creación de redes y vínculos entre los servicios e instituciones con objeto de lograr intervenciones integradas y la utilización óptima de los recursos. Además de tipificar las experiencias con miras a establecer prácticas, el Manual también garantizará la evaluación objetiva de la ejecución de los programas.

En el Manual figura un código de ética para los proveedores de servicios basado en el reconocimiento de los derechos y deberes de los usuarios. Esto tiene por objeto velar por que exista en las instituciones un entorno positivo, afectuoso y receptivo.

Se espera que el Manual -siempre y cuando las entidades participantes, el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales lo apliquen cabalmente- introduzca una nueva era de servicios de calidad a cargo de organizaciones de voluntarios del sector social. También allanaría el camino para proceder a la revisión y el perfeccionamiento permanentes de las normas a la luz de nuevas experiencias y de la madurez adquirida en la ejecución de los programas.

Fuente: Prefacio de Asha Das, Manual on Minimum Standards of Services for the Programmes under the Scheme for Prevention of Alcoholism and Substance (Drugs) Abuse (Nueva Delhi, Ministerio de Justicia Social y Potenciación de la Comunidad de la India, 2001).

- La duración de todo acuerdo de servicios y la forma de rescindir el contrato, así como aspectos relacionados con el incumplimiento de éste;
- Sanciones por no prestar atención suficiente o apropiada;
- Las obligaciones del órgano de financiación o de la entidad que efectúa los pagos en cuanto a la puntualidad de éstos y demás arreglos financieros.

Pueden existir acuerdos recíprocos entre dos o más países para que las personas puedan tratarse en el extranjero. Así ocurre, por ejemplo, en la Unión Europea.

8. Presiones de distinta índole para iniciar el tratamiento

Los motivos para someterse a un tratamiento pueden obedecer a diversos tipos de presiones de índole oficial (jurídica) o no. Algunas personas deciden iniciar un tratamiento para proteger sus relaciones familiares y su situación financiera. Otras tal vez temen perder el empleo y acceden a iniciar el tratamiento al ser remitidas oficialmente por su departamento de personal o su servicio médico.

La coerción directa puede ejercerse disponiendo el tratamiento por ley, si bien en muchos ordenamientos se exige el consentimiento por escrito del interesado, hecho con conocimiento de causa. Ese consentimiento constituye un acto importante por el que la persona asume su responsabilidad, lo que puede aprovecharse durante el programa e invocarse a fin de salvar obstáculos que pudieran surgir posteriormente y retrasar el avance del tratamiento.

El tratamiento prescrito por ley puede ser una alternativa rentable al encarcelamiento de los adictos, orientada a la rehabilitación de éstos. Para que sea eficaz, las disposiciones jurídicas deben estar respaldadas por un fortalecimiento adecuado del sistema de tratamiento, la coordinación y el trabajo en equipo intensos entre los órganos de administración de justicia y los proveedores de servicios y la evaluación continua. Es importante que las disposiciones se redacten con mucho cuidado, ya que entrañan restricciones de derechos individuales básicos como la libertad y la seguridad.

9. Tratamiento en el sistema de justicia penal

Es muy probable que las personas con problemas de abuso y dependencia de sustancias entren en contacto con el sistema de justicia penal. La remisión de casos por las instituciones de justicia penal, los servicios de tratamiento en la comunidad y los programas de rehabilitación en la cárcel pueden formar parte del sistema general de tratamiento. El hecho de que exista un gran número de reclusos adictos

ha dado lugar a la creación de servicios especiales de salud y a la implantación de programas de tratamiento y rehabilitación en los establecimientos penitenciarios.

En muchos países la legislación dispone la remisión de adictos por el sistema de justicia penal a programas de tratamiento y rehabilitación. En algunos casos la policía permite al detenido entrevistarse con un asistente social especializado, que puede efectuar una determinación de necesidades y recomendar un programa de tratamiento concreto. El tribunal puede tener en cuenta esa entrevista y sus resultados y ofrecer al reo la posibilidad de someterse a tratamiento en la comunidad en lugar de cumplir una condena privativa de la libertad. Ese procedimiento está regulado por estrictos requisitos de asistencia y cumplimiento del régimen terapéutico. En caso de incumplimiento, la persona se expone a que se ponga término al tratamiento y el caso vuelva al fuero de la justicia penal.

En algunos ordenamientos se ofrecen incentivos considerables para que se permanezca en tratamiento y se supere la drogodependencia. En las Bermudas, por ejemplo, si una persona no consume drogas y no ha vuelto a delinquir al cabo de 12 meses de haber cumplido un programa de tratamiento ordenado por un tribunal, es posible que se dejen sin efecto los cargos que se le habían imputado. Si subsiste la misma situación después de dos años, sus antecedentes penales pueden quedar totalmente suprimidos. En algunos países, debido a las circunstancias políticas y al ordenamiento jurídico, lo más probable es que los adictos delincuentes reciban una condena privativa de la libertad sin que se les remita a un tratamiento. Ante esa situación, cuando se abogue por la adopción de la política de remisión de casos a tratamiento por el sistema de justicia penal, el argumento que se habrá de esgrimir es su posible rentabilidad.

El PNUFID ha establecido una biblioteca jurídica en línea en la que figuran detalles sobre esas y otras cuestiones jurídicas afines.

C. Elaboración y aplicación de una estrategia de tratamiento eficaz

En esta última parte del presente capítulo se destacan once aspectos que deben tenerse en cuenta al elaborar y aplicar una estrategia de tratamiento. Esos aspectos son:

- La colaboración de los organismos participantes;
- La colaboración de los usuarios de los servicios y de la comunidad;
- El compromiso político de las autoridades;
- Análisis de la situación y planificación acertados;

- La asignación de recursos en función de las necesidades;
- La comprobación científica;
- La aplicación de un criterio progresivo y gradual;
- El fomento de la colaboración, la coordinación y la integración;
- Intervenciones en la propia comunidad;
- La disponibilidad y accesibilidad de los servicios;
- La supervisión de la ejecución.

1. Colaboración de los organismos participantes

En varios países, el tratamiento del abuso de drogas se administra principalmente en el sector de la salud, en tanto que en otros tiende a estar a cargo de organismos de bienestar social o, en mayor medida, del sistema de justicia penal. Si bien la aportación de cada uno de esos sectores puede variar con el tiempo, lo ideal es que participen todos ellos.

Además de ayudar a las personas a dejar de consumir drogas, los servicios de tratamiento también se dedican especialmente a obtener beneficios inmediatos para la salud reduciendo el consumo de drogas perjudiciales y el comportamiento de alto riesgo que lo acompaña. Los programas de tratamiento especializado también deben colabo-

rar con otros proveedores de servicios para resolver la diversidad de problemas médicos, sociales, económicos y de comportamiento a que hacen frente las personas y las familias afectadas por el abuso de drogas.

Es importante tener presente la gran variedad de organismos que suelen participar en los sistemas modernos de tratamiento. Existen organismos del sector público o financiados con fondos públicos y organizaciones privadas, organizaciones no gubernamentales y otras entidades comunitarias, incluidas las de carácter religioso. Además, hay prácticas curativas tradicionales y otras formas de apoyo social que cumplen una función importante en la organización y administración generales de los sistemas de tratamiento integral. Los sistemas de atención primaria de la salud y de asistencia social y las intervenciones en la comunidad resultan decisivos para que los sistemas de tratamiento sean accesibles y para poder aplicar un concepto amplio de salud pública y un enfoque basado en las necesidades de las poblaciones al planificar los tratamientos y la prestación de servicios.

2. Colaboración de los usuarios de los servicios y de la comunidad

Se reconoce cada vez más que los usuarios de los servicios forman parte de la comunidad y que el proceso de desarrollo de los servicios debe estar supeditado y adaptado a la gran diversidad de intereses que existen en el seno de ésta. Los usuarios cumplen una función importante en lo que respecta a contribuir a delinear un enfoque que garantice la responsabilidad y rendición de cuentas de los encargados de los servicios. La participación de los usuarios en la elaboración de la estrategia sirve para promover:

- El cambio de comportamiento individual;
- Una correspondencia mayor entre los servicios de atención de la salud y las necesidades del usuario;
- Una mayor utilización de los servicios de atención de la salud;
- Intervenciones orientadas a la comunidad;
- El apoyo de la opinión pública y una política de salud propicia.

En la labor de planificación se debe procurar establecer contacto con los grupos que pueden verse afectados por la elaboración del marco estratégico o del sistema de tratamiento y lograr su participación. Eso puede redundar en apoyo a los programas de tratamiento y en la promoción de éstos a nivel local. Uno de los principales objetivos debe ser reducir toda resistencia que exista en el plano local al establecimiento de un servicio de tratamiento del abuso de drogas.

Recuadro 9 Biblioteca jurídica en línea del PNUFID

En la biblioteca jurídica en línea del PNUFID puede consultarse el texto completo de las leyes y reglamentaciones promulgadas por los Estados para poner en vigor los tres principales tratados de fiscalización internacional de drogas. En virtud de los tratados, los Estados tienen la obligación de dar a conocer a las Naciones Unidas su legislación en la materia. La mayoría de ellos presenta esa información al PNUFID en forma voluntaria. Inicialmente, sólo se ha incorporado a la biblioteca la legislación promulgada a partir de 1990.

La actualización de la biblioteca jurídica depende de que los Estados envíen toda nueva información. Por consiguiente, el PNUFID no garantiza que el usuario encuentre siempre las leyes más recientes de cada país.

Hasta el momento se han incorporado en la base de datos leyes con disposiciones específicas sobre el tratamiento de la drogodependencia promulgadas por los siguientes países: Alemania, Austria, Chipre, España, Francia, Grecia, Italia, Kenya, Nicaragua, Polonia, Portugal, el Reino Unido, Sudáfrica, Suecia y Tailandia.

Para obtener más información, véase <http://www.undcp.org/legislation.html>

Al planificar nuevos adelantos en materia de tratamiento es importante consultar con una amplia variedad de interesados, entre ellos, los siguientes:

- Las organizaciones comunitarias locales;
- Los usuarios de los servicios existentes;
- Los grupos de defensa y representativos de los usuarios;
- Los adictos que no están en tratamiento;
- Las asociaciones de padres y otros grupos comunitarios y familiares afectados;
- Los órganos representativos de distintas profesiones;
- Los organismos de bienestar social y comunitarios;
- El personal clínico;
- Los directores y administradores de programas existentes en la materia;
- Los proveedores de servicios de atención de la salud;
- Los encargados de formular políticas y de planificar estrategias;

- Los organismos públicos de salud, bienestar social y administración de justicia;
- Asesores técnicos (cuando proceda).

En la estrategia nacional de Irlanda sobre drogas, que se reseña en el recuadro 10, se destaca la importancia de celebrar consultas amplias a fin de obtener apoyo para la estrategia propuesta e imprimirla determinada orientación.

3. Compromiso político

Tal vez sea necesario obtener apoyo en el plano político para aplicar intervenciones que de otra manera se podrían considerar impropias. Por ejemplo, en algunos países se plantean objeciones a nivel político y de la comunidad con respecto a ciertas formas de farmacoterapia que se utilizan para aliviar la drogodependencia. Las políticas públicas influyen tanto en las consecuencias negativas del

Recuadro 10

Elaboración de la estrategia nacional de Irlanda relativa a las drogas: la importancia de la consulta pública

En 2000 el Gobierno de Irlanda elaboró una estrategia en materia de drogas para el período 2001-2008. Parte de esa labor consistió en iniciar un amplio proceso de consulta pública.

La revisión de la estrategia vigente comprendió ese proceso amplio de consulta, la búsqueda de ejemplos internacionales de mejores prácticas y el examen de diversos informes de evaluación pertinentes y otro tipo de información. Mediante anuncios en la prensa nacional, se invitó a todas las autoridades públicas, a los interesados directos de la comunidad y a los grupos profesionales más importantes a que presentaran sus opiniones sobre las lagunas que pudieran existir y recomendaran enfoques nuevos o, de ser necesario, disposiciones nuevas que permitieran elaborar una nueva estrategia en materia de drogas.

Se celebraron ocho foros regionales de consulta en todo el país. En ellos, el ministro encargado de la estrategia sobre drogas trazó un panorama general de la estrategia vigente, después de lo cual expusieron sus puntos de vista los representantes de los sectores de la salud y la educación, de organizaciones no gubernamentales y de la policía. Se sostuvo un debate abierto con preguntas y respuestas. Posteriormente se llevaron a cabo talleres sobre temas fundamentales como la reducción de riesgos, el tratamiento y la rehabilitación, la reducción de la oferta, criterios relativos a la educación y otras cuestiones, entre ellas, los nuevos problemas de drogas y las lagunas de la estrategia vigente. Se invitó seguidamente a 34 grupos, que representaban a ministerios, organismos, proveedores de servicios y otros interesados, a reunirse con el ministro y con miembros del grupo asesor a fin de analizar sus respectivas contribuciones para solucionar el problema de la droga y de estudiar la forma en que podrían abordar las cuestiones planteadas en los foros.

También se presentaron testimonios escritos y verbales de los principales interesados. El tema se debatió luego en el Senado y el Parlamento y, por último, se publicó un plan de acción detallado y un cronograma de ejecución.

El objetivo general de la estrategia del Gobierno de Irlanda es hacer frente de manera eficaz e integral a los problemas que plantea el abuso de drogas. La estrategia se basa en tres principios fundamentales:

- Para contrarrestar el problema de la droga se deben tener presentes los distintos grados de abuso que se observan en el país;
- Todos los programas y servicios para combatir el problema de la droga deben funcionar de manera compatible e integral;
- Se debe alentar a las comunidades que registran los niveles más altos de adicción a que participen en la concepción y aplicación de las medidas encaminadas a abordar el problema en sus respectivas zonas.

Para obtener más información, véase <http://www.gov.ie/tourism-sport/pressroom/archive/ndstrategy01-08.pdf>

abuso de drogas como en la posibilidad de elaborar tratamientos eficaces. Al mismo tiempo, existe una expectativa generalizada de que la inversión de recursos nacionales en programas de tratamiento contribuya a mitigar los males y la desigualdad. Los gobiernos se inclinan por naturaleza a exigir que se establezcan mecanismos de supervisión de la ejecución de los programas y observación de sus resultados para demostrar la “rentabilidad de la inversión”. En un contexto más amplio, el compromiso de las autoridades públicas de revisar periódicamente el marco jurídico relativo al abuso de sustancias y a la administración de tratamiento también resulta ventajoso, y en algunos países se recurre a órganos profesionales de asesoramiento especializado para contribuir a ese proceso.

4. Análisis de la situación y planificación acertados

Los programas eficaces de tratamiento se basan en un análisis acertado de la situación. En la presente *Guía* se exponen los medios técnicos para elaborar y desarrollar intervenciones basadas en la determinación de las necesidades. Esos análisis permiten establecer una correlación entre los recursos humanos y tecnológicos y los problemas que se manifiestan en la comunidad. También garantizan que los servicios se presten donde más se necesitan. En el capítulo III de la *Guía* figuran otras orientaciones sobre la forma de determinar el carácter y la magnitud de las necesidades de tratamiento en una localidad o país determinados.

5. Asignación de recursos en función de las necesidades

En algunos países se ha adquirido una valiosa experiencia en cuanto a reorientar y reestructurar la estrategia vigente de tratamiento del abuso de drogas. Ese proceso entraña un análisis de las necesidades y recursos existentes y la reasignación de estos últimos en función de un conjunto de indicadores de necesidades predeterminados. Sirve para ilustrar ese proceso el ejemplo que figura en el recuadro 11, en el que los indicadores escogidos para establecer prioridades dentro de los servicios de salud en las respectivas áreas de influencia fueron la prevalencia del abuso de drogas, el índice de desarrollo humano, las inversiones realizadas por otros sectores y las posibilidades de expansión del tratamiento.

6. Comprobación científica

Las investigaciones internacionales han aportado pruebas científicas fehacientes acerca de la eficacia de algunos tipos de tratamiento, lo que ha contribuido en gran medida a convencer a los gobiernos y las entidades de financiación de la importancia de proporcionar esos ser-

vicios. Sin embargo, las pruebas distan mucho de ser completas, y algunos países deben basarse casi exclusivamente en los resultados de tratamientos e investigaciones de otros países. Puede resultar difícil determinar si esos resultados pueden aplicarse plenamente a un contexto cultural determinado, ya que con frecuencia existen diferencias marcadas en cuanto a las clases de personas que participan en los estudios de resultados y a la estructura y funcionamiento de los servicios estudiados. Es por eso, tal vez, que los gobiernos se empeñan cada vez más en apoyarse en pruebas científicas y, con frecuencia, en utilizar y adaptar los estudios y la experiencia internacionales como medio de establecer una base sólida para la estrategia nacional.

7. Aplicación de un criterio progresivo y gradual

Se debe aplicar un criterio sistemático para garantizar la utilización óptima de los recursos de que se disponga para establecer servicios de tratamiento. Es evidente que el tipo de servicios estará determinado por la cantidad de recursos locales y nacionales. Si bien en todos los casos se requerirá combinar servicios de atención primaria de la salud con servicios especializados, en muchas situaciones habrá que estructurar los servicios como si se tratara de “módulos constructivos”. Cuando las restricciones de recursos sean considerables, los servicios deberán apelar a la formación acertada de personal en la comunidad y en el marco de la atención primaria de la salud. No obstante, apenas se disponga de recursos, existirá la posibilidad de agregar servicios especializados.

8. Fomento de la colaboración, la coordinación y la integración

Los tratamientos están orientados hacia varios niveles, es decir, a las personas, a las familias, al contexto comunitario inmediato y al entorno social más amplio. La eficacia de una intervención terapéutica se funda en ciertos principios básicos, como la necesidad de fomentar el apoyo y la participación de personas, familias, comunidades y entidades proveedoras de servicios, y en la existencia de políticas y entornos propicios. El tratamiento también debe enfocarse con un criterio amplio de colaboración encaminado a la prevención de problemas y a la vinculación de iniciativas de comunicación y educación emprendidas en el ámbito escolar y de carácter público en general con la orientación, la información y el tratamiento en la comunidad.

No hay ningún tratamiento que resulte apropiado para todas las personas. La eficacia de las iniciativas contra el abuso de sustancias depende de que se dé una respuesta

Recuadro 11**Renovación del Plan General de Tratamiento y Rehabilitación de Chile**

En los 10 últimos años, el sector de la salud pública de Chile, que atiende al 70% de la población, ha aplicado diversas medidas para hacer frente a los problemas de las drogas y el alcohol. Los objetivos principales de esas medidas son:

- Aumentar los recursos humanos en los servicios de salud que más los necesiten;
- Facilitar la consolidación de las comunidades terapéuticas;
- Formar profesionales en las esferas del tratamiento y la rehabilitación de adictos;
- Aumentar la detección precoz de problemas de alcoholismo y drogadicción entre los pacientes de los servicios de atención primaria de la salud;
- Facilitar la reactivación de los grupos de autoayuda, en particular los grupos multifamiliares, y la coordinación entre ellos.

Tras una evaluación a fondo de los planes de tratamiento realizada en 2001, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) colaboraron en una nueva estrategia, cuyos elementos principales son los siguientes:

- Alianzas institucionales. El Ministerio de Salud y el CONACE, conjuntamente con 28 servicios de salud (cada uno de los cuales atiende a las necesidades de 50.000 a un millón de personas) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), han creado una alianza en la que cada parte se encarga, según proceda, de determinados aspectos, como la financiación, la formulación de normas, la prestación de apoyo técnico y la supervisión, con miras a prestar una atención más completa y calificada a los consumidores de drogas;
- Utilización acertada de la información de que se dispone. Las decisiones estratégicas se basan en información objetiva (por ejemplo, las tasas de prevalencia y de adicción del mes anterior) proveniente de encuestas de hogares realizadas por el CONACE, que permiten calcular la posible demanda de tratamiento.
- Inversión basada en una jerarquización de necesidades. Los servicios de salud se clasifican según las características de sus áreas de influencia y se asignan más recursos a los servicios cuyas áreas de influencia presentan un índice más alto de prevalencia del consumo, un índice más bajo de desarrollo humano, más posibilidades de expandir el tratamiento y un menor nivel de inversión;
- Creación de servicios diversificados. Se han creado seis planes de tratamiento y se están elaborando protocolos clínicos para apoyar y orientar la ejecución de cada uno de ellos. Los planes son:
 - Plan de intervención inicial, a cargo de dependencias de atención primaria de la salud;
 - Plan básico de atención ambulatoria;
 - Plan intensivo de atención ambulatoria;
 - Plan de tratamiento residencial;
 - Plan de tratamiento del síndrome de abstinencia (desintoxicación);
 - Plan de tratamiento de los pacientes con doble diagnóstico;
- Transferencias financieras a centros de tratamiento. Se efectúan periódicamente, según el volumen de trabajo que cada centro haya establecido y convenido. Los fondos se reciben del CONACE por intermedio del Fondo Nacional de Salud (FONASA);
- Registros. Los centros de tratamiento llevan un sistema uniforme de registros que permite supervisar los servicios prestados a los pacientes en los planos local y nacional;
- Evaluación. Se han efectuado dos estudios: un estudio comparado de los centros de tratamiento, su capacidad y sus resultados, y una evaluación de costos de los distintos planes de tratamiento;
- Creación de capacidad. Se han implantado programas para los profesionales y técnicos que se ocupan de la rehabilitación, lo que comprende capacitar al personal para garantizar el nivel necesario de calidad de la atención. También comprende el establecimiento de un mecanismo de supervisión para resolver los problemas que se planteen.

La evaluación de los 10 primeros meses revela niveles satisfactorios de funcionamiento de los casi 200 centros de tratamiento habilitados. Alrededor de 4.000 personas han recibido o reciben tratamiento. Si bien la coordinación representa una carga considerable para los directores, los pacientes y el personal están cada vez más conformes con los servicios. La próxima medida, actualmente en una etapa preliminar, consistirá en evaluar los resultados a partir de la información que reúna sistemáticamente cada centro de tratamiento y de los resultados de los períodos de seguimiento de tres y seis meses de duración después de finalizado el tratamiento.

Para obtener más información, véase <http://www.conace.cl>

integral a todos los niveles, incluso en la comunidad. Los organismos encargados de los programas de tratamiento no solo deben actuar de consuno, sino que también deben integrarse a programas afines. Los sectores de integración pueden ser:

- La integración entre los distintos tipos de programas de reducción de la demanda, de los que forman parte los de tratamiento y rehabilitación;
- La integración de cuestiones relativas al abuso de drogas ilícitas con las relativas al abuso de otras sustancias y con otros problemas de salud en general, especialmente el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA);
- La integración de los programas de reducción de la demanda y de la oferta en el marco de una estrategia global;
- La integración de los programas relativos al abuso de drogas con los que abordan cuestiones sociales y humanitarias importantes, como la pobreza, la vivienda para los refugiados, el empleo o el desarrollo rural.

9. Intervenciones en la propia comunidad

Las estrategias de tratamiento en la comunidad son medios eficaces de aplicar intervenciones terapéuticas. Muchas personas afectadas por las consecuencias negativas del abuso de sustancias tal vez tengan escaso contacto con las organizaciones que prestan servicios. Se necesitan métodos innovadores para captar a los grupos más afectados por el abuso de sustancias. Un plan terapéutico ejecutado en la comunidad con la participación de organismos y organizaciones locales, incluidos los programas de acercamiento (outreach), es un componente necesario de una estrategia encaminada a atender a los adictos que no están en contacto con servicios de tratamiento. Toda intervención en la comunidad tiene por objeto:

- Promover cambios de comportamiento directamente en la comunidad;
- Lograr la participación activa de las organizaciones locales, los miembros de la comunidad y las poblaciones destinatarias;
- Establecer una red integrada de servicios en la comunidad.

Al respecto, también cabe mencionar la expresión “potenciación de la comunidad”, que supone algo más que su mera participación. Si se logra que las comunidades consideren como propios los servicios y las instalaciones, habrá muchas más posibilidades de que éstos sean provechosos y sostenibles.

Cuando se habla de “en la comunidad” en el contexto del tratamiento de la drogodependencia, se suele considerar que eso supone apenas algo más que emplazar un centro de tratamiento residencial y prestar algunos servicios limitados de postratamiento en la propia comunidad. En muchos casos se sigue aplicando el criterio de prestar servicios en régimen de internación en un centro de tratamiento y no el de atención en la comunidad, por el que se propicia un modelo terapéutico integral. Si bien es obvio que los dos tipos de criterios son necesarios y que lo ideal sería que fueran complementarios, conviene tener presente lo que significa realmente “en la comunidad”. En el recuadro 12 se describe un servicio de tratamiento específicamente destinado a atender a una comunidad necesitada.

Como se observa en el recuadro 12, la clave del éxito del programa fue un cambio radical de la noción del personal sobre los servicios de tratamiento del abuso de drogas. El

Recuadro 12

Tratamiento en la comunidad en un campamento de refugiados afganos del Pakistán

El PNUFID emprendió un programa de tratamiento, rehabilitación y prevención en la comunidad en el campamento de refugiados afganos de Akora Kattak, situado cerca de Peshawar, cuya población adulta se calculaba en 9.000 personas. El programa comprendía terapia de desintoxicación en el alojamiento del paciente, postratamiento coordinado y actividades de readaptación social mediante una red de organizaciones no gubernamentales locales, otros organismos de las Naciones Unidas, voluntarios y grupos de la comunidad. En 2000 el programa entró en contacto con 800 adictos (hombres y mujeres) que vivían en el campamento de refugiados. Más de 300 de ellos recibieron asesoramiento motivacional antes del tratamiento, en tanto que 128 hombres y 102 mujeres recibieron tratamiento de desintoxicación a domicilio. Además, 150 toxicómanos en recuperación adquirieron experiencia laboral o recibieron capacitación profesional o financiación inicial para emprender actividades generadoras de ingresos. También se establecieron en el campamento seis grupos de autoayuda, tres para hombres y tres para mujeres, y grupos de voluntarios y voluntarias de la comunidad.

De la experiencia adquirida con este programa se desprende la noción de que un programa de tratamiento en la comunidad a cargo de personal bien preparado y apoyado puede dar lugar a un plan viable y rentable de desintoxicación y tratamiento en el hogar para adictos (mujeres y hombres) de las comunidades afganas. Sin embargo, un plan de este tipo requiere el respaldo y el apoyo plenos de una amplia variedad de servicios de postratamiento y readaptación social, incluida la creación de redes comunitarias, para resultar fructífero y eficaz y para prevenir recaídas.

nuevo concepto se basó en gran medida en la coordinación eficaz de una gran diversidad de servicios no especializados. La única infraestructura que se estableció en el caso señalado, el Centro del programa de tratamiento del abuso de drogas en la comunidad, tenía por objeto servir de base, por ejemplo, a actividades de acercamiento como el tratamiento de desintoxicación, el asesoramiento a las familias y la capacitación de voluntarios. El tratamiento de la drogodependencia en la comunidad significó precisamente eso: un tratamiento a nivel de la comunidad.

10. Diversificación, disponibilidad y accesibilidad de los servicios

Los principales factores determinantes de la eficacia de los servicios son la diversificación, la disponibilidad y la accesibilidad. Los servicios deben lograr entrar en contacto con las poblaciones destinatarias y conservarlas. Deben estar en condiciones de realizar una variedad de actividades a fin de responder a las necesidades sanitarias y de asistencia de los destinatarios. Sus características fundamentales deben ser:

- Facilidad de utilización;
- Accesibilidad geográfica;
- Asequibilidad económica;
- Intervenciones en la comunidad;
- Un conjunto apropiado y coordinado de servicios de organismos y otras entidades;
- Fomento de la participación y el compromiso de los usuarios;
- Prevención secundaria además del tratamiento;
- Flexibilidad para adaptarse a mejoras y cambios.

11. Supervisión de la ejecución

El logro de los objetivos principales de toda estrategia suele ser fruto de los esfuerzos mancomunados y concertados de distintas organizaciones. Para comprobar los progresos que se realizan, muchos países utilizan un marco de gestión de la ejecución relativo a cada uno de los elementos de la estrategia. En los recuadros 13 y 14 se presentan dos ejemplos de marcos de gestión.

Cada uno de los fines de la estrategia debe tener un objetivo básico y un conjunto de indicadores y metas de corto, mediano y largo plazo. En la medida de lo posible, esos indicadores deben cumplir determinados criterios, en particular los siguientes:

- Ser concretos y de fácil interpretación;
- Ser mensurables;
- Ajustarse a un plazo determinado;
- Responder a los cambios y, por consiguiente, ser capaces de reflejar los avances en la lucha contra el abuso de sustancias;
- Ser factibles y asequibles, en función de un sistema viable, económico y sostenible de medición y presentación de informes;
- Incorporar elementos de los sistemas internacionales de indicadores de la ejecución y de los sistemas mundiales de presentación de informes de las Naciones Unidas (véase el capítulo VII, parte B, sección 1);
- Suministrar información útil para la evaluación de estrategias y la planificación local.

Recuadro 13 Marco de gestión de la ejecución en los Estados Unidos de América

La Oficina de Fiscalización Nacional de Drogas de los Estados Unidos de América ha elaborado un marco de gestión de la ejecución basado en la siguiente estructura:

<i>Estrategia</i>	<i>Fines</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Metas</i>	<i>Medidas</i>
La estrategia consiste en reducir el consumo (la demanda) de drogas, su disponibilidad (la oferta) y sus consecuencias.	Los fines son las directivas u orientaciones principales de la estrategia.	Los objetivos son las principales líneas de conducta para cumplir los fines deseados.	Las metas son las condiciones finales que se desea lograr, con las cuales se compara la ejecución efectiva.	Las medidas representan los medios (variables y hechos) utilizados para seguir de cerca los progresos realizados con objeto de alcanzar las metas.

El criterio de los Estados Unidos consiste en elaborar un diagrama claro, llamado "modelo lógico", en el que se establece la forma en que los diversos interesados, incluidas las administraciones central y locales y diversas organizaciones no gubernamentales, contribuyen a la aplicación de la estrategia.

Recuadro 14
Elaboración de indicadores de la ejecución en Gales

La Asamblea Nacional de Gales ha elaborado un plan estratégico llamado Tackling Substance Misuse in Wales: a Partnership Approach (Lucha contra el uso indebido de sustancias en Gales: un criterio de alianzas), basado en el establecimiento y seguimiento de indicadores de la ejecución como medio para subrayar los fines y observar los progresos. La estrategia nacional se basa en cuatro sectores principales: los niños, los jóvenes y los adultos; la familia y la comunidad; el tratamiento, y la disponibilidad.

A continuación se reseñan los indicadores básicos de la ejecución correspondientes al sector del tratamiento y los indicadores suplementarios de apoyo.

Los indicadores básicos de la ejecución relativos al tratamiento tienen por objeto aumentar el número de participantes en los programas de tratamiento del uso indebido de sustancias el 40% en 2002, el 70% en 2005 y el 100% en 2008. Esas metas constituyen incrementos respecto del nivel de referencia estimado de personas en tratamiento antes de 2002. Los indicadores suplementarios de apoyo tienen por objeto reducir los daños para la salud y las relaciones sociales que se autoinfligen los consumidores de sustancias.

Otros indicadores tienen por objeto:

- Aumentar el número de consumidores problemáticos de sustancias que entren en contacto con los servicios de tratamiento;
- Aumentar el acceso de las personas con doble diagnóstico de uso indebido de sustancias y problemas de salud mental a los servicios indicados;
- Abreviar la espera del paciente hasta que se determinan sus necesidades;
- Abreviar la espera entre la determinación de las necesidades del paciente y el comienzo del tratamiento;
- Reducir el porcentaje de consumidores de drogas por inyección y de consumidores que hayan compartido equipo para inyecciones en los tres meses anteriores;
- Reducir el número de defunciones causadas por el uso indebido de sustancias.

Aspectos fundamentales

Los aspectos fundamentales abordados en el capítulo II de la Guía son:

- Un marco estratégico es un elemento decisivo de todo programa fructífero de tratamiento integral;
- Es preciso considerar el tratamiento en el contexto más amplio de las políticas de reducción de la demanda, que están comprendidas en el plan básico nacional de lucha contra las drogas o en el marco normativo nacional;
- En el marco estratégico se debe subrayar la importancia de la participación amplia de la comunidad y de las consultas con todos los interesados;
- En el marco estratégico se aclaran las funciones de los encargados de la formulación de políticas, los planificadores y los proveedores de servicios y se reflejan los principios rectores básicos de un programa de tratamiento eficaz;
- Los elementos principales de un marco estratégico son:

<ul style="list-style-type: none"> i) La descripción de la población afectada por el abuso de drogas; ii) Una declaración nacional en que se enuncien los valores, los principios, los fines y los objetivos; iii) La determinación de esferas prioritarias con fines claros y objetivos mensurables; iv) La determinación del órgano rector de la estrategia y de los organismos públicos y privados participantes, de sus responsabilidades comunes y de lo que se espera de ellos; v) Mecanismos de participación y representación de la comunidad; 	<ul style="list-style-type: none"> vi) El marco legislativo; vii) La determinación de los tipos de tratamiento que se deben elaborar y de las medidas que se han de adoptar al respecto; viii) Los recursos financieros y humanos de que se dispone; ix) Resultados realistas y métodos para determinar si se han obtenido; x) Disposiciones en materia de vigilancia, examen y comunicaciones encaminadas a apoyar la estrategia;
---	---
- Los principios rectores de una estrategia de tratamiento eficaz son:

<ul style="list-style-type: none"> i) La colaboración de todos los organismos participantes en la elaboración de la estrategia; ii) La colaboración de los usuarios de los servicios y de la comunidad; iii) El compromiso político del gobierno y los organismos oficiales; iv) Un análisis de la situación y planificación acertados; v) La comprobación científica; 	<ul style="list-style-type: none"> vi) La racionalización de la asignación de recursos en función de las necesidades; vii) La aplicación de un criterio progresivo y gradual; viii) La colaboración e integración de diferentes programas; ix) La utilización de intervenciones en la propia comunidad; x) La diversificación, disponibilidad y accesibilidad de los servicios; xi) La supervisión de la ejecución.
---	---

Bibliografía

Políticas y estrategias nacionales de tratamiento

Klingemann, H. y Bergmark, A., "Drug Treatment Systems in an International Perspective", *European Addiction Research Journal*, vol. 5, núm. 3 (1999).

Klingemann, H. y Hunt, G., comp., *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents* (Londres, Sage Publications, 1998).

Cuestiones legislativas y reglamentarias

Porter, L., Argandoña, M. y Currant, W. J., *Drug and Alcohol Dependence Policies, Legislation and Programmes for Treatment and Rehabilitation* (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999).

Normas de atención

Programa sobre Abuso de Sustancias de la OMS, *Assessing the Standards of Care in Substance Abuse Treatment* (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1993).

Obras de consulta en Internet

Políticas y estrategias nacionales de tratamiento

Estrategia Nacional sobre Drogas de Australia

<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au>

Estrategia Nacional sobre Drogas Ilícitas de Australia

<http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/illicit/index.htm>

Oficina de la Política de Fiscalización de Drogas de Nueva Gales del Sur, Plan de Acción del Gobierno de Australia

<http://www.druginfo.nsw.gov.au/pdf/plan.pdf>

Consejo Nacional de Lucha Contra las Drogas del Brasil

<http://www.senad.gov.br/ingles/botoes.htm>

Estrategia del Canadá sobre Drogas

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/englishstrategy.pdf>

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/profile.pdf>

(Perfil del tratamiento del abuso de sustancias y la rehabilitación en el Canadá)

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), Chile

<http://www.conace.cl>

Estrategia nacional de España

<http://www.mir.es/pnd/presenta/html/national.htm>

Declaración de consenso de Finlandia sobre el tratamiento de la toxicomanía

<http://www.aka.fi/users/132/1623.cfm>

Plan trienal de Francia para combatir el consumo de drogas y prevenir la dependencia

<http://www.drogues.gouv.fr/uk/index.htm>

Tratamiento y rehabilitación en Hong Kong

<http://www.info.gov.hk/ne/text/treat/index.htm>

Estrategia Nacional sobre Drogas de Irlanda

<http://www.gov.ie/tourism-sport/pressroom/archive/ndstrategy01-08.pdf>

Informe sobre la ejecución de la política de los Países Bajos en materia de drogas (1999-2001)

<http://www.minvws.nl/documents/gvm/Rapport/drugs-progress-eng.pdf>

Estrategia Nacional de Portugal sobre Drogas

http://www.ipdt.pt/biblio/LDroga/enlcd_eng/estrategia_eng.pdf

Plan Nacional de Acción de Portugal

http://www.ipdt.pt/biblio/LDroga/horizon2004_eng/horizon2004_eng.pdf

Política sobre drogas de Suiza

<http://www.bag.admin.ch/sucht/politik/drogen/e/drugpol.pdf>

Política sobre drogas de Tailandia

<http://www.oncb.go.th/el-frame02.htm>

- Ministerio del Interior, Prevención del Consumo de Drogas, Reino Unido
<http://www.homeoffice.gov.uk/atoz/drugs.htm>
- Estrategia oficial sobre tratamiento del abuso de drogas, Reino Unido
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/3945.htm>
<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/aim-3.htm>
 (Objetivo iii: Tratamiento para lograr que las personas con problemas de drogas los superen y lleven una vida sana sin caer en la delincuencia)
- Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas de los Estados Unidos de América
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/policy/policy.html>
http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/ndcs01/chap3_2.html
 (Estrategia nacional de fiscalización de drogas, 2001, Tratamiento de toxicómanos)
- Changing the Conversation, A National Plan to Improve Substance Abuse Treatment, Estados Unidos de América
<http://www.natxplan.org>
- Estrategias sobre drogas de los países europeos, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)
http://www.emcdda.org/policy_law/national/strategies/strategies.shtml

Cuestiones legislativas y reglamentarias

- Approval and Monitoring of Narcotic Treatment Programs: A Guide on the Roles of Federal and State Agencies, Estados Unidos de América
<http://www.treatment.org/taps/tap12/TAP12toc.html>
<http://www.treatment.org/taps/tap12/TAP12exhibita.html>
 (Legislación federal más importante sobre el tratamiento de la adicción en los Estados Unidos)
<http://www.treatment.org/taps/tap12/tap12appe.html>
 (Reglamentaciones de los Estados Unidos sobre la confidencialidad de los registros de pacientes alcohólicos y toxicómanos)
<http://www.treatment.org/taps/tap12/tap12appc.html>
 (Reglamentaciones de los Estados Unidos sobre las drogas utilizadas para el tratamiento de adictos a estupefacientes)
<http://www.treatment.org/taps/tap12/tap12appf.html>
 (Definiciones utilizadas en la normativa sobre tratamiento aplicada en los Estados Unidos)
- Consumer Bill of Rights and Responsibilities: Implications for Mental Illness and Chemical Dependency Programmes and Practices, Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones (SAMHSA), Estados Unidos de América
<http://www.samhsa.gov/mc/content/cbr/index.htm>
- Órganos certificadores y requisitos de certificación para los consejeros en materia de drogas, Estados Unidos
<http://www.nattc.org/getCertified.html>
- Proyecto de acreditación de los programas de tratamiento del abuso de opioides: información sobre los programas, Estados Unidos
<http://www.samhsa.gov/centers/csat/content/opat/otpaccr.html>
- Normas mínimas de atención para el tratamiento del uso indebido de drogas, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)
<http://www.cicad.oas.org/en/demandreduction/Projects/Standards.htm>
- Biblioteca jurídica en línea del PNUFID
<http://www.undcp.org/legislation.html>
- Informe del Grupo de Expertos del PNUFID sobre prácticas óptimas en materia de planificación, establecimiento y funcionamiento de tribunales relacionados con el tratamiento del abuso de drogas
http://undcp.org/legal_advisory_expert_working_groups.html
- Legislación modelo del PNUFID sobre tribunales que entienden de causas relacionadas con drogas
http://undcp.org/legal_advisory_model_legislation.html

Determinación de las necesidades en materia de tratamiento

En el capítulo II de la *Guía* se explican los fundamentos, la estructura y la elaboración de estrategias nacionales para hacer frente al abuso de drogas y el lugar que ocupan los servicios de tratamiento dentro de la estrategia. En el presente capítulo se examinan la índole y el alcance de la necesidad de administrar tratamiento en una localidad o país determinado. Se abordan las siguientes cuestiones: el carácter y contenido del análisis de determinación de las necesidades; la comprobación de los problemas más acuciantes que se han de abordar y los principales servicios que pueden necesitar las distintas poblaciones afectadas por el abuso de drogas, y las medidas básicas que se deben aplicar para determinar las necesidades.

En la *Guía* no figura orientación metodológica detallada sobre técnicas concretas en la materia. Al respecto, se remite al lector a documentación más puntual como las directrices y los manuales sobre evaluación de tratamientos preparados por el PNUFID, la OMS y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (véase el recuadro 41).

La información que figura en el presente capítulo ayudará a:

- Aclarar las razones que existen para llevar a cabo la determinación de las necesidades y lo que cabe esperar de ésta;
- Comprender las medidas vinculadas entre sí que pueden aplicarse al realizar la determinación de las necesidades y utilizar sus resultados;
- Conceptualizar a la población destinataria de consumidores de drogas en general en función de subgrupos que pueden tener necesidades especiales en materia de tratamiento;
- Comprender los problemas más importantes de cada subgrupo y de cada grupo prioritario y determinar los principales servicios que necesitan.

La información que figura en el presente capítulo va dirigida a los encargados de la formulación de políticas, los asesores técnicos y los proveedores de servicios nacionales

y locales y tiene por objeto ayudar a esas personas y a sus asesores a estudiar la mejor manera de determinar las necesidades de tratamiento de la población de consumidores de drogas, como base para la elaboración de una estrategia nacional o de un plan de tratamiento a nivel local.

Las necesidades de tratamiento de las poblaciones que presentan problemas de abuso de sustancias varían no sólo entre los países, sino dentro de un mismo país, debido principalmente a las diferencias entre los principales problemas de drogas, las poblaciones destinatarias, los sistemas de servicios existentes y los recursos de que se dispone para prestarlos. La determinación de las necesidades, por más limitada y rápida que sea, debe ser un elemento indispensable de todo sistema de tratamiento planificado. Un enfoque basado en la determinación de las necesidades es tan valioso para la planificación de servicios nuevos como para la verificación de los resultados y la revisión de un sistema de tratamiento existente.

El presente capítulo se divide en tres partes. En la parte A se presentan los conceptos y fundamentos de la determinación de necesidades y se resume su estructura general. En la parte B figura una secuencia de 10 etapas que se pueden cumplir para determinar las necesidades y se analizan varias cuestiones importantes al respecto. En la parte C se presentan diferentes subgrupos de la población de consumidores de drogas que se deben tener en cuenta al determinar las necesidades.

A. Carácter de la determinación de las necesidades

La determinación de las necesidades, al igual que la evaluación rápida de la situación, es una metodología de investigación en la que se combinan técnicas cuantitativas y cualitativas de reunión de información con objeto de determinar el carácter y alcance de ciertos problemas sanitarios y sociales como el abuso de drogas y la capacidad de una comunidad, en un momento dado, para hacer frente a esos problemas. La necesidad de llevar a cabo ese análisis tal vez no sea inmediatamente obvia para todos.

1. El concepto de necesidad

Por “necesidad” cabe entender lo que una persona se podría beneficiar si tuviera acceso al sistema de tratamiento. El concepto se puede aplicar también a toda la población en función del nivel global de beneficios. El concepto de necesidad puede corresponder o no a lo que una persona espera del tratamiento. En consecuencia, la determinación de las necesidades es un análisis sistemático de la situación de una persona o de un grupo de personas con problemas de abuso de drogas en un momento dado y de los cambios que esas y otras personas consideran necesarios para mejorar su salud y su condición social. En esta parte de la Guía se aborda la determinación de las necesidades de los grupos (en los planos local, regional o nacional), no de las personas a título individual.

Es importante llegar a conceptualizar claramente la necesidad de administrar tratamiento y los aspectos epidemiológicos del abuso de drogas. En el Reino Unido se ha utilizado un marco de esa índole para estudiar las enfermedades más graves y la mejor manera de tratarlas (véase el recuadro 15).

Recuadro 15

Estructura del marco basado en la epidemiología para la determinación de las necesidades en el Reino Unido

El Departamento de Salud y el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido financiaron amplios estudios del marco para la determinación de las necesidades en relación con las principales enfermedades, entre ellas el abuso de drogas y alcohol y otras afecciones como el cáncer, la diabetes, la insuficiencia renal, la obesidad, la hipertensión y la arteriopatía periférica. En cada documento marco se utiliza una estructura estándar y se presenta la mejor información de que se dispone en lo que respecta a la epidemiología y a los servicios de tratamiento. La estructura es la siguiente:

- Exposición del problema;
- Subcategorías;
- Prevalencia e incidencia;
- Servicios disponibles y sus costos;
- Eficacia y rentabilidad de los servicios;
- Modelos cuantificados de atención y recomendaciones;
- Medidas de los resultados, métodos de comprobación y metas;
- Necesidades de información e investigación.

Para obtener más información, véase

<http://hcna.radcliffe-online.com/main.html>

2. Fundamentos de la determinación de las necesidades

En una comunidad en particular puede haber señales obvias y visibles de abuso de drogas y una firme determinación política y profesional de hacer frente al problema. Por otra parte, muchos aspectos del abuso de drogas pueden quedar ocultos, o la información pertinente tal vez provenga de muchas fuentes incompatibles. En consecuencia, la determinación de las necesidades puede ayudar a comprender bien el problema y puede constituir una forma ágil de reunir información que sirva de base para la planificación futura. No obstante, el plan de determinación de las necesidades debe tener límites. Hay que establecer prioridades y el tipo de conocimientos que se deben adquirir, los recursos y métodos necesarios (o asignados) y los beneficios que se esperan obtener ejecutando el proyecto.

3. Elementos de la determinación de las necesidades

La determinación de las necesidades puede comprender los siguientes elementos:

- Un análisis contextual: descripción de los factores estructurales, sociales y culturales que pueden repercutir en la situación general en materia de uso y abuso de drogas;
- Un análisis de la situación en materia de abuso de drogas: formarse un panorama completo de la situación y de los problemas conexos utilizando diversos medios, entre ellos, el examen de la literatura existente, entrevistas, debates de grupos especiales (véase el anexo IX), cuestionarios y exámenes de la información sobre los servicios de tratamiento;
- Una determinación de los recursos: comprobación de los medios de que se dispone, entre ellos, fondos, organizaciones y recursos humanos;
- Una determinación de intervenciones y políticas: análisis del carácter, la pertinencia y la idoneidad de las intervenciones y políticas existentes.

Como se indica en el capítulo II, muchos organismos públicos y órganos encargados de la planificación de tratamientos proceden a determinar necesidades en forma oficial y oficiosa como parte de su proceso de consulta pública. Los resultados de ese análisis se pueden utilizar para documentar el proceso de planificación de las estrategias de tratamiento, lo que puede comprender ayuda para adoptar decisiones concretas acerca de:

- Las estrategias apropiadas para atender a las necesidades de los diversos grupos destinatarios (es decir, qué servicios establecer y dónde);

- La asignación de recursos financieros y humanos;
- Los mecanismos utilizados para financiar la prestación de servicios y la supervisión de esos sistemas;
- La mejor manera de establecer disposiciones de vigilancia y evaluación con objeto de determinar los resultados de las intervenciones.

Para comprobar el nivel de atención que necesitan las poblaciones destinatarias y encomendar planes estratégicos de servicios hay que ser flexible y adaptarse a los cambios de circunstancias de cada lugar, por ejemplo, a los siguientes hechos:

- Variaciones y nuevas tendencias en materia de consumo de drogas y pautas de consumo;
- La distribución y concentración geográficas del problema de abuso de drogas;
- Variaciones en la demanda de servicios;
- La relación cambiante entre el abuso de drogas y otras dolencias (especialmente la infección por el VIH y la hepatitis viral transmitida por la sangre);
- Cambios de la política en respuesta a la estrategia sobre drogas;
- Cambios en la organización de los servicios de atención de la salud;
- Conclusiones del análisis de las pruebas científicas sobre los servicios de tratamiento existentes y los nuevos servicios.

B. Forma de planificar y realizar la determinación de las necesidades

La determinación de las necesidades en materia de tratamiento del abuso de drogas consta de tres elementos básicos: la evaluación del carácter y el alcance del abuso de drogas; la comprobación de los planes de servicios existentes (si los hubiera) y de sus carencias, y la determinación de los servicios necesarios y los recursos de que se debe disponer para prestarlos.

1. Objetivos de la determinación de las necesidades

Los encargados de planificar servicios de tratamiento deben tratar de determinar:

- El tipo y el tamaño probable de los subgrupos de consumidores de diferentes drogas que necesitan tratamiento (véase la sección 1 de la parte C *infra*);
- Las situaciones de riesgo y de daño que exijan una intervención determinada (véase la sección 2 de la parte C *infra*);

- Las opciones, los métodos y los proveedores más idóneos de que se dispone para la prestación de servicios;
- La probable capacidad de servicios necesaria para cada modalidad de intervención;
- La manera de elegir entre los diferentes proveedores de servicios (véase la sección 3 de la parte C *infra*);
- La mejor manera de supervisar la prestación de servicios y de fiscalizar los gastos de los contratos (véase el capítulo VII).

Se ofrece orientación detallada sobre cada una de esas etapas en la publicación titulada *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3 -Needs Assessment*, elaborada conjuntamente por la OMS, el PNUFID y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) [12]. También se puede encontrar orientación en la publicación titulada “Evaluaciones rápidas de la situación en cuanto al uso indebido de drogas y medidas de respuesta”, en que se describe el método elaborado por el PNUFID [13], y en el método de evaluación y respuesta rápida elaborado por la OMS [14]. Ese material se recomienda encarecidamente a toda persona que desee llevar a cabo un análisis de determinación de necesidades.

El punto de partida para determinar las necesidades de tratamiento debe ser la comprobación de las fuentes de información existentes y la utilización de la información de que se dispone. Muchos países invierten en sistemas de información sobre pautas y tendencias en materia de abuso de drogas. Por consiguiente, es importante capitalizar la información que se posee antes de embarcarse en nuevas experiencias para reunir más información.

2. Determinación de las necesidades en un proceso de 10 etapas

Para organizar la determinación de las necesidades puede ser conveniente cumplir un proceso de 10 etapas. Cabe observar que algunas etapas pueden ser simultáneas y que el punto de partida y la secuencia pueden variar según la escala y el enfoque del plan de análisis. En la publicación mencionada supra, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3-Needs Assessment*, se ofrece orientación detallada sobre los aspectos prácticos. A continuación se indican las 10 etapas.

Primera etapa: Asignar recursos y establecer un plan y métodos convenidos para determinar las necesidades.

Segunda etapa: Calcular el número de personas que necesitan tratamiento en la población destinataria y determinar y preparar el perfil de los subgrupos y de los grupos prioritarios.

Tercera etapa: Diagramar los servicios de tratamiento que se prestan en la localidad, conjuntamente con los servicios que se prestan en otras zonas.

Cuarta etapa: Comprobar el perfil de la demanda de servicios de tratamiento (capacidad, número de casos y número estimado de personas que necesitan tratamiento).

Quinta etapa: Celebrar entrevistas personales con informantes clave de diferentes grupos interesados y profesionales para examinar los puntos fuertes y débiles de los servicios que se vienen prestando y las necesidades que quedan sin atender.

Sexta etapa: Formar grupos de discusión o celebrar otra clase de debates abiertos con los principales interesados para averiguar lo que esperan de los servicios.

Séptima etapa: Preparar un informe que contenga un análisis de las disparidades que existen entre el perfil observado y el perfil esperado de la prestación de servicios, incluida la brecha entre los recursos financieros y humanos y los servicios necesarios o reclamados.

Octava etapa: Ofrecer recomendaciones para aumentar el radio de acción de los servicios de tratamiento, la eficiencia de las actividades de adquisición y la eficacia de los servicios a partir de hechos comprobados.

Novena etapa: Evaluar las reacciones de los estrategas, directores y proveedores de servicios y de los usuarios frente a las recomendaciones.

Décima etapa: Elaborar un plan de ejecución basado en las actividades, recursos y cronogramas que se han determinado (véase el capítulo V de la *Guía*).

También se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Es preciso considerar cuidadosamente la manera de comunicar los principales mensajes y resultados de la determinación de las necesidades. El formato y contenido de los informes variarán según el público destinatario. Se prepararán resúmenes concisos para los encargados de la formulación de políticas y, cuando proceda, se facilitarán a sus asesores informes sobre los detalles técnicos. Los grupos comunitarios desearán disponer de resúmenes sencillos de las conclusiones de la determinación de las necesidades y sus implicaciones;
- Las necesidades se deben determinar en forma periódica para poder reaccionar a nuevas circunstancias.

En el recuadro 16 se resume un ejemplo interesante de un proceso de determinación de las necesidades a nivel nacional cumplido en el Pakistán.

C. Estimación del tamaño de la población que necesita tratamiento

Sin duda es importante saber en qué medida se necesitan servicios de tratamiento en una comunidad y las características de las personas que pueden necesitar atención prioritaria. En muchos casos no es práctico hacer estimaciones precisas con objeto de establecer servicios. Se puede obtener información valiosa con técnicas como la evaluación rápida de la situación (véase el anexo IX), los grupos de discusión y los estudios especiales de la comunidad, que pueden dar una idea de la índole y el alcance de las necesidades no atendidas en materia de tratamiento. Esos métodos tienen la ventaja de ser de bajo costo y relativamente sencillos, y no exigen mucho tiempo ni grandes inversiones de recursos. Producir una estimación más sólida de la prevalencia es conveniente, si bien entraña grandes exigencias técnicas e inversiones considerables de recursos. Con ese fin se puede utilizar una variedad de métodos epidemiológicos, entre ellos, técnicas de encuesta, métodos indirectos de estimación estadística y datos derivados de las actividades de vigilancia en curso. Para obtener orientación sobre esas cuestiones, se remite al lector a la publicación del OEDT titulada *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe* [15] y al Módulo 3 del Manual Epidemiológico del Programa Mundial del PNUFID de Evaluación del Uso Indebido de Drogas, titulado “Estimación de la prevalencia-Métodos indirectos para estimar la magnitud del problema de las drogas”.

1. Subgrupos de la población

A efectos de determinar eficazmente las necesidades y con fines de planificación estratégica, la población heterogénea de consumidores de drogas de todo el mundo se puede dividir en diferentes subgrupos. Al más alto nivel, la población se puede agrupar en función del sexo y de la edad. Al considerar la caracterización de los subgrupos es importante tener en cuenta los siguientes factores generales:

- La edad, el sexo y la cultura;
- La situación socioeconómica;
- El nivel de educación;
- El embarazo;
- Las pautas familiares;
- Las clases y cantidades de drogas que se utilizan y la frecuencia con que se administran;
- Los casos de intoxicación aguda (riesgo de sobredosis);
- El alcance de los perjuicios y complicaciones;
- La vía de administración (oral, por inhalación, o por inyección intramuscular o intravenosa);
- Las condiciones de vida y los factores de apoyo y tensión en el entorno físico y social;
- Los recursos disponibles y otros factores personales favorables.

Recuadro 16**Análisis de la situación en materia de abuso de drogas en el Pakistán en 2000**

El Estudio Nacional de Evaluación del Pakistán, llevado a cabo por la Brigada de Estupefacientes del Pakistán con el apoyo técnico y financiero del PNUFID en 2000, abarcó una serie de estudios que proporcionaron un panorama general del consumo problemático de drogas en ese país. El Estudio tuvo por objeto, entre otras cosas, adquirir una idea global de las pautas y tendencias del abuso de drogas y de los problemas que se consideran vinculados al consumo de drogas ilícitas y examinar las disposiciones adoptadas en el Pakistán en materia de tratamiento. A continuación se reseña cada uno de los estudios que formaron parte del Estudio Nacional de Evaluación.

Con objeto de presentar un panorama de las pautas y tendencias del consumo de drogas en el país, se trazó, utilizando informantes clave, un plano acotado nacional de 36 zonas urbanas y rurales que se tomaron como muestras. Los lugares se seleccionaron de modo que se pudiera obtener una imagen ampliamente representativa del alcance del abuso de drogas a nivel nacional. Se eligieron informantes que tuvieran conocimientos sólidos acerca de las pautas y tendencias del fenómeno en sus respectivas zonas. En total se entrevistó a 283 informantes clave -profesionales de la salud, organizaciones no gubernamentales, educadores, dirigentes comunitarios, líderes religiosos, la policía y ex drogadictos- para que comunicaran sus impresiones acerca de las pautas imperantes y los cambios de las tendencias del consumo de drogas en su localidad.

Se entrevistó a adictos, entre ellos consumidores habituales de heroína y drogas inyectables, en las cuatro capitales provinciales del país: Karachi, Lahore, Peshawar y Quetta. En esas ciudades se entrevistaron 1.049 toxicómanos en total, en las calles, instalaciones de tratamiento y cárceles, en proporciones casi iguales. En esas entrevistas se obtuvo información sobre el perfil social y demográfico de los toxicómanos; su historial de consumo de drogas; las pautas actuales del abuso de drogas; el comportamiento de riesgo en relación con las drogas inyectables; el historial de tratamiento, y el encarcelamiento por delitos relacionados con drogas u otros delitos. En el estudio también se investigaron los períodos de tratamiento a lo largo de la vida, la edad media en el momento de someterse al primer tratamiento y el período comprendido entre el momento en que se empezó a abusar de las drogas regularmente y el primer tratamiento.

El tercer estudio importante que formó parte del Estudio Nacional de Evaluación consistió en la actualización de los registros nacionales de tratamiento. Los encuestadores visitaron los 18 principales centros urbanos del país, actualizaron información previa sobre los servicios de tratamiento y comprobaron el tipo de instalaciones de los centros y la índole de los servicios que prestaban. También reunieron información sobre el perfil de los pacientes, las tasas medias de ocupación de las instalaciones de tratamiento y los demás servicios conexos que se prestaban en ellas.

Los resultados del Estudio Nacional de Evaluación revelaron que la mayoría de los consumidores de drogas de las zonas estudiadas necesitaban tratamiento y que muchos de ellos no habían podido tratarse principalmente por razones económicas. El tratamiento y la rehabilitación de las personas con problemas de drogas estaba a cargo del Estado, organizaciones no gubernamentales y servicios privados. Al parecer, las organizaciones no gubernamentales eran las que prestaban la más amplia variedad de servicios y atención integral, en tanto que los servicios públicos se dedicaban principalmente a administrar tratamiento de desintoxicación. De los resultados del estudio se desprendió la necesidad de ampliar la prestación de servicios de rehabilitación y postratamiento en la comunidad a efectos de complementar el tratamiento de desintoxicación en régimen de internación que se administraba mayormente en los centros públicos. También era necesario contar con servicios de tratamiento asequibles para atender a las necesidades de diferentes grupos de la población.

Los casos complejos se caracterizarán, por lo general (aunque no siempre), por cierta discapacidad relacionada con las drogas, la dependencia, la inyección periódica de drogas, niveles elevados de tolerancia y problemas concurrentes en materia de desempeño físico, psicológico, personal y social.

2. Personas con necesidades especiales de tratamiento

Además de la clasificación en subgrupos, hay ocho grupos prioritarios que tienen necesidades especiales de tratamiento. Al planificar los servicios es indispensable prestar particular atención a las necesidades de cada uno de los siguientes grupos:

- Los jóvenes y niños;
- Las mujeres;
- Las personas de edad;
- Las personas con problemas de drogas y otros problemas psiquiátricos;
- Las personas sin hogar;
- Las personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas;
- Las personas seropositivas (VIH);
- Los casos del sistema de justicia penal.

En el anexo I se describen los ocho grupos prioritarios mencionados y sus necesidades especiales.

3. Combinación de las subpoblaciones con los servicios

Las personas con problemas de abuso de drogas tienen diferentes características, dificultades y necesidades de tratamiento. En consecuencia, se les debe ofrecer una variedad de opciones adaptadas en lo posible a las necesidades individuales. Si bien ha de disponerse de una amplia variedad de servicios para todos los usuarios, un porcentaje considerable de recursos debe asignarse a determinados grupos destinatarios.

Independientemente de la complejidad derivada del número y las combinaciones de drogas diferentes que se pueden utilizar a los efectos de la determinación de las necesidades, es posible establecer seis subgrupos no independientes (superpuestos). Las características de esos subgrupos tienen consecuencias concretas en lo que respecta a determinar las necesidades de atención y en cuanto a la planificación y prestación de servicios de tratamiento. Los subgrupos son:

- Consumidores de drogas que no han desarrollado dependencia;
- Consumidores de drogas por inyección;
- Drogodependientes;
- Casos de intoxicación aguda;
- Drogodependientes con síndrome de abstinencia;
- Drogodependientes en recuperación.

En el anexo II se describen esos seis subgrupos. Las personas que pertenecen a ellos no son iguales y es necesario caracterizar a cada grupo en función de la gravedad de los problemas que se han de tratar (y de la gravedad de las complicaciones). También cabe observar que esas subcategorías no son excluyentes. De hecho, es posible que una persona ocupe más de una categoría en determinado momento (por ejemplo, el adicto a la heroína o a la cocaína inyectable). La inclusión en varias categorías también puede variar con el tiempo. Además de esos grupos, hay otra categoría que se puede considerar “en riesgo”. Son motivo de preocupación, en particular, los grupos más jóvenes de la población que se considera en riesgo, y en esos casos se necesitan iniciativas de prevención y programas generales de educación.

Cabe destacar, además, que la división en subgrupos no conlleva, por sí misma, establecer una jerarquía de la gravedad de los problemas. Las intervenciones deben basarse en la determinación completa de las necesidades, un análisis funcional de las características del consumo de drogas y un programa breve de asesoramiento y apoyo. Ese proceso puede dar lugar, posteriormente, a la determinación de otras necesidades de atención de la salud. Cabe señalar que algunos subgrupos pueden ser pequeños en algunos lugares o países y que la combinación de grupos y problemas varía dentro del mismo país y de un país a otro.

En el recuadro 17 se resumen los problemas a que hace frente cada uno de esos grupos y las principales clases de servicios necesarios para atender a sus necesidades.

Habida cuenta de que los servicios de tratamiento del abuso de drogas son integrales y costosos, un solo entorno de tratamiento tal vez no pueda prestar todos los servicios a todos los subgrupos. En una comunidad que disponga de numerosos entornos de tratamiento que presten servicios relacionados con el abuso de drogas tal vez se pueda encomendar a algunos de ellos la responsabilidad de atender a determinados subgrupos. Por ejemplo, si bien un centro de tratamiento puede encargarse de atender a los drogodependientes y a los drogodependientes en recuperación, un hospital general puede encargarse principalmente de atender los casos de intoxicación aguda y las complicaciones por sobredosis.

Recuadro 17

Subgrupos de consumidores de drogas ilícitas: principales problemas y principales servicios necesarios

La Oficina de Política Nacional de Control de Drogas de los Estados Unidos ha elaborado un marco de gestión de la ejecución basado en la siguiente estructura:

<i>Subgrupos de consumidores</i>	<i>Principales problemas</i>	<i>Principales servicios necesarios</i>
Consumidores que no han desarrollado dependencia	Consecuencias negativas y riesgo de dependencia	Intervenciones precoces acertadas
Consumidores de drogas por inyección	Abuso de drogas y riesgo de infección transmitida por la sangre y otras complicaciones	Programas de tratamiento del abuso de drogas, educación y asesoramiento sobre el VIH/SIDA, programa de intercambio de agujas y jeringuillas y atención médica
Drogodependientes	Trastornos derivados del abuso de drogas, consecuencias para la salud y otras consecuencias negativas	Programas de tratamiento del abuso de drogas
Casos de intoxicación aguda	Trastornos graves del comportamiento y sobredosis	Atención médica y psiquiátrica intensiva a corto plazo
Drogodependientes con síndrome de abstinencia	Síntomas de privación	Programa de desintoxicación a corto plazo
Drogodependientes en recuperación	Riesgos de recaída	Programa de rehabilitación y de prevención de recaídas

*Los programas de tratamiento del abuso de drogas entrañan una variedad de servicios, entre ellos, intenso tratamiento en la comunidad y residencial, apoyo después del tratamiento y asistencia social y jurídica.

Aspectos fundamentales

Los aspectos fundamentales abordados en el capítulo III de la Guía son:

- La determinación de las necesidades consta de dos aspectos esenciales: la determinación del tamaño y las características de la población que necesita tratamiento; y la determinación del número y las clases de recursos de tratamiento de que se dispone, así como de la capacidad, el radio de acción y los puntos fuertes y débiles de esos recursos;
- El carácter y el alcance de los problemas de abuso de sustancias suelen quedar ocultos y la determinación de las necesidades puede generar ideas valiosas acerca del problema y orientar la planificación futura;
- El punto de partida de la determinación de las necesidades de tratamiento debe ser la comprobación de las fuentes de información existentes y la utilización de la información de que se dispone. Si ésta fuera insuficiente, y si se dispone de los recursos necesarios, se emprenderán esfuerzos para reunir más información;
- La determinación de las necesidades se puede llevar a cabo en un proceso de 10 etapas. Algunas de esas etapas pueden ser simultáneas y el punto de partida y la secuencia pueden variar según la escala y el enfoque del plan de análisis;
- En la determinación de las necesidades se deben averiguar las necesidades de diferentes grupos de la población. Se deben considerar especialmente las necesidades de los grupos de drogodependientes que con frecuencia no están bien atendidos por el sistema de tratamiento, como los jóvenes y los niños, las mujeres, las personas de edad, con problemas psiquiátricos, seropositivas o sin hogar, los delincuentes y las minorías;
- Los consumidores de drogas se pueden clasificar en seis subgrupos: los consumidores que no han desarrollado dependencia, los consumidores de drogas por inyección, los drogodependientes, los casos de intoxicación aguda, los drogodependientes con síndrome de abstinencia y los drogodependientes en recuperación;
- Esa clasificación en grupos tiene consecuencias importantes para los servicios de tratamiento y para determinar la competencia necesaria a efectos de atender a las diversas necesidades de la población;
- El informe sobre la determinación de las necesidades debe generar respuestas clave para los diferentes públicos destinatarios en el formato más indicado para cada caso;
- Las necesidades se deben determinar periódicamente.

Bibliografía

Brown, B., *Drug Abuse Treatment Needs Assessment Methodologies: A Review of the Literature* (1997).

<http://www.drugabuse.gov/HSR/da-tre/BrownTreatmentNeeds.htm>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, Serie de monografías científicas núm. 1 del OEDT, (Lisboa, 1997).

Health Canada, *Best Practices—Substance Abuse Treatment and Rehabilitation, Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues* (Ottawa, 1999).

http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/best_pract.pdf

Marsden, J. et al., “Epidemiologically-based needs assessment: drug misuse”, en Stevens, A., Raftery, J. y Mant, J., comp., *Health Care Needs Assessment: the Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews*, First Series Update (Abingdon, Radcliffe Medical Press, Ltd., 2001).

<http://hcna.radcliffe-online.com/main.html>

PNUFID, *Evaluaciones rápidas de la situación en cuanto al uso indebido de drogas y medidas de respuesta* (Viena, 1999).

http://www.odccp.org/report_1999-03-31_1.html

PNUFID, *Drug Abuse in Pakistan. Results from the Year 2000 National Assessment* (Nueva York, 2002).

OMS/PNUFID/OEDT, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3—Needs Assessment* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000).

http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/needsassessment.pdf

Obras de consulta en Internet

The epidemiologically based needs assessment framework in the United Kingdom

<http://hcna.radcliffe-online.com/main.html>

Rapid Assessment and Response, OMS

http://www.who.int/substance_abuse/pubs_prevention_assessment.htm

Servicios eficaces de tratamiento y rehabilitación

En el capítulo III de la *Guía* se esbozaron los fundamentos de la determinación de las necesidades de tratamiento y los métodos para llevarla a cabo. Si se han encontrado carencias en la prestación de servicios, hay que preguntarse qué clase de servicios de tratamiento se debe ofrecer. En el presente capítulo se examina la cuestión de determinar los métodos eficaces para tratar a las personas con problemas de abuso de drogas.

La información que figura en el presente capítulo ayudará a:

- Aclarar cuáles son los tratamientos de eficacia comprobada por las investigaciones;
- Aclarar el propósito de cada método en función de las personas que serán tratadas y de los principales fines y objetivos del tratamiento;
- Conocer la variedad de servicios de tratamiento de que se dispone.

La lectura del presente capítulo de la *Guía* debe complementarse con la de los documentos que la acompañan, titulados “Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas” y “Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas”. En esos documentos se hace un resumen de las investigaciones realizadas a nivel internacional que documentan la eficacia clínica, social y económica de determinadas formas de tratamiento. En el presente capítulo, esas pruebas se inscriben en el contexto de los servicios que se han de tener en cuenta al planificar un programa de tratamiento.

Los encargados de la formulación de políticas y de la planificación de tratamientos indudablemente están interesados en saber cuáles son los tratamientos eficaces para abordar el problema del abuso de drogas. Como no hay ningún tratamiento que sea eficaz en todos los casos, los encargados de adoptar decisiones también están interesados en saber qué variedad de tratamientos se debe ofrecer como parte de un sistema de atención y rehabilitación.

Es evidente que para prestar servicios eficaces de tratamiento es necesario invertir recursos financieros y humanos, y es probable que muchos países no estén en condi-

ciones de asignar suficientes recursos para establecer un sistema verdaderamente integral. No obstante, se pueden prever varias hipótesis, desde servicios básicos hasta servicios integrales. El PNUFID propugna un criterio de módulos constructivos en que los elementos básicos de un sistema de tratamiento integral -tratamientos de eficacia comprobada científicamente- se puedan ir añadiendo a lo largo del tiempo, según la índole y el alcance del problema, la cantidad de recursos de que se disponga y el contexto cultural y político. Al respecto, es importante observar que el tratamiento ambulatorio en la comunidad suele ser menos costoso que la atención hospitalaria y residencial y quizá sea la mejor opción cuando se dispone de escasos recursos.

El presente capítulo se divide en dos partes. En la parte A se resumen los elementos de un sistema de tratamiento integral que están respaldados por pruebas científicas. En la parte B se indica brevemente cómo acceder a la información sobre las investigaciones relativas a la eficacia de los tratamientos.

A. Elementos de un sistema de tratamiento integral

Hay diversos términos y rótulos que se utilizan a nivel mundial para designar los tratamientos y los servicios de remisión de casos y de apoyo en materia de abuso de drogas. En la presente *Guía*, en función de la organización de los servicios, se utilizan las denominaciones ‘servicios de acceso directo’ y ‘tratamientos estructurados’. Se reconoce que en muchos países existen otros términos para designar las modalidades de tratamiento. Cualesquiera sean los términos o nombres empleados para designar los tratamientos, es importante que se utilicen en forma sistemática en todo el país. También sería conveniente que los participantes en el sistema de tratamiento tuvieran una visión común acerca del propósito y funcionamiento generales de cada modalidad de tratamiento.

1. Servicios de acceso directo

Los servicios de acceso directo son elementos importantes de un plan de tratamiento integral. Esos servicios no

ofrecen un tratamiento formal, sino que actúan como puntos importantes de primer contacto de las personas que tienen problemas relacionados con drogas y de las personas que se preocupan por la adicción de otra (por ejemplo, padres, hermanos, cónyuges y amigos). Algunas veces los servicios de acceso directo se llaman “programas de la calle” para dar a entender que están situados en el seno de la comunidad. Con frecuencia esos servicios son administrados por organizaciones no gubernamentales con la intervención de iguales y pueden comprender las siguientes actividades:

- Apoyo inmediato, es decir, sin que las personas tengan que solicitar consulta, a fin de brindar información y orientación (entre otras cosas, sobre atención de la salud, cuestiones jurídicas, vivienda, empleo y capacitación etc.) y prestar servicios básicos de supervivencia;
- Actividades de acercamiento y orientación en la comunidad; servicios de prevención de la transmisión de virus por la sangre, entre ellos, educación, asesoramiento e intercambio de jeringuillas y agujas, y educación en materia de prevención de sobredosis;
- Servicios de asesoramiento general con cita previa;
- Líneas telefónicas de ayuda para brindar orientación con carácter anónimo y confidencial;
- Información para la remisión de casos y actividades de promoción;
- Grupos de autoayuda;
- Grupos de apoyo a la familia;
- Servicios de postratamiento y apoyo en la comunidad en general.

Un elemento importante de los servicios de acceso directo son los grupos de autoayuda para los usuarios y sus familias (por ejemplo, Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos), que están basados en los principios originales de Alcohólicos Anónimos y son administrados por y para las personas que se están recuperando de la drogodependencia y que asisten regularmente a debates en grupo y sesiones de apoyo. Esos y otros recursos en la comunidad también son importantes para el postratamiento y el apoyo posterior al tratamiento estructurado.

En algunos países que registran porcentajes elevados de consumo de drogas inyectables, las políticas encaminadas a reducir las consecuencias sanitarias y sociales del abuso de drogas han dado lugar a servicios de intercambio de jeringuillas que se han convertido en el puntal más importante de las actividades de prevención para reducir la infección viral por la sangre y demás trastornos físicos relacionados con la inyección de drogas (por ejemplo, los abscesos). Esas iniciativas promueven la higiene en la

administración de drogas por vía intravenosa y fomentan la utilización de jeringuillas nuevas y la eliminación sin riesgos del material utilizado.

Huelga recalcar la importancia de los servicios de acceso directo. Algunas personas pueden mostrarse reacias a recurrir a los servicios especializados de tratamiento de la drogodependencia, de modo que los recursos de acceso directo pueden ser un lugar decisivo de primer contacto para ellos. Es común que la persona que tiene un problema de drogas recurra a un servicio de acceso directo por un problema de índole general —por ejemplo, un problema de salud, dificultades en sus relaciones o preocupaciones financieras— y que sus dificultades concretamente relacionadas con el abuso de drogas se descubran en el curso de su contacto con ese servicio. Los servicios de acceso directo especializados, en particular los que suministran información y prestan atención especial para prevenir la sobredosis y la transmisión de infecciones por la sangre, también son muy importantes como parte de una estrategia aplicada en la comunidad con objeto de minimizar las consecuencias negativas del abuso de drogas y como punto de ingreso al sistema de tratamiento.

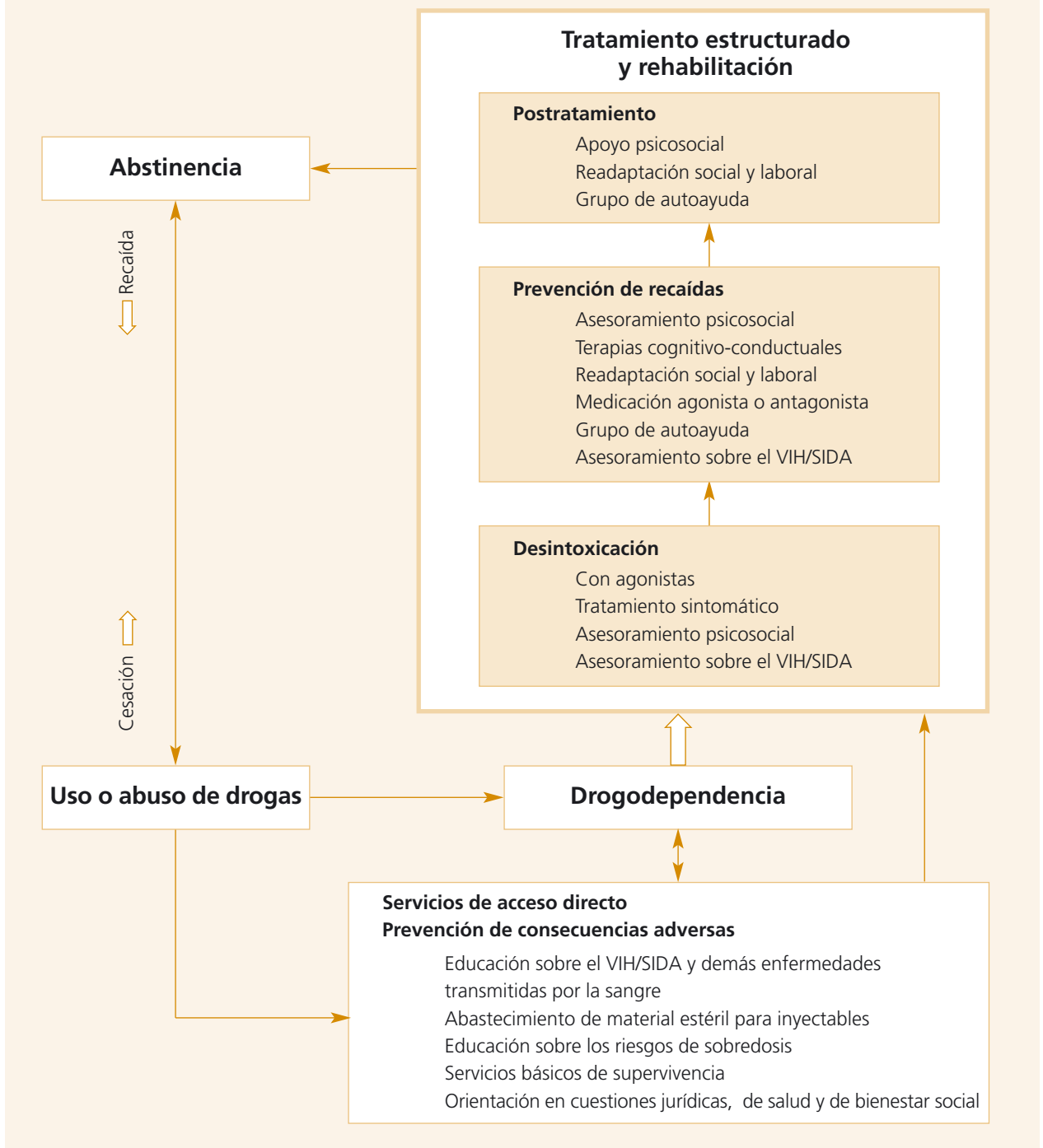
2. Tratamientos estructurados

Curiosamente, es difícil elaborar clasificaciones sucintas de los tratamientos del abuso de sustancias. En la presente sección se ofrece un resumen de las principales clases de tratamientos estructurados. Por tratamiento estructurado se entiende el tratamiento basado en una determinación formal de las necesidades, en la elaboración, supervisión y examen de planes de atención individual y en un programa de tratamiento médico con o sin servicios de asesoramiento. Algunos programas terapéuticos, particularmente los ejecutados en un entorno residencial, son sumamente estructurados y entrañan un intenso calendario de sesiones educacionales, terapéuticas y de formación, individuales y en grupo, para promover la rehabilitación. En el recuadro 18 figura una descripción esquemática de un proceso terapéutico.

a) *Desintoxicación: etapa de estabilización*

La desintoxicación clínica es la etapa inicial e intensiva del tratamiento. En esos programas se administra a los drogodependientes un tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica. Los consumidores empedernidos de ciertas drogas (opioides y drogas sedantes e hipnóticas), que muy probablemente sufrirán complicaciones relacionadas con la abstinencia, requieren un proceso de privación (desintoxicación) con supervisión médica. El síndrome de abstinencia que se puede desarrollar al suspender el uso de una droga variará según la droga de que se trate.

Recuadro 18
Proceso de tratamiento y atención



Los síntomas generales comunes son la necesidad imperiosa de consumir la sustancia, ansiedad, inquietud, irritabilidad, insomnio y falta de concentración.

Los adictos a psicoestimulantes, en particular anfetaminas y cocaína, también pueden necesitar supervisión médica durante la fase aguda de abstinencia que se presenta después de la cesación del consumo de la droga. Aunque no

manifieste síntomas físicos directos de abstinencia (si no se administra un agonista para aliviar el malestar), la persona puede llegar a sufrir graves problemas psicológicos (incluso psicosis inducida) y trastornos del sueño que pueden aliviarse con medicación adecuada.

El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda

posible. Diversas medicaciones han resultado eficaces para la desintoxicación de opioides, entre ellas medicaciones verdaderamente análogas o agonistas como la metadona, agonistas parciales, como la buprenorfina, y otras drogas no opioides llamadas agonistas α -adrenérgicos (lofexidina o clonidina). En algunos programas de internación se utilizan antagonistas de opioides previa administración de sedantes o de anestesia general (lo que se llama desintoxicación ultrarrápida). En algunos países se utilizan productos opiáceos (entre ellos, tintura de opio) como agentes desintoxicantes. El estado de abstinencia de benzodiazepinas por lo general se induce administrando una benzodiazepina de acción prolongada (por ejemplo, diazepam).

La desintoxicación no constituye, por sí misma, un tratamiento de rehabilitación y muy rara vez se logra ayudar a los pacientes a lograr una abstinencia duradera. La desintoxicación es, más bien, la primera etapa de los programas de tratamiento encaminados a posibilitar la abstinencia y la recuperación.

Desintoxicación en régimen ambulatorio o en la comunidad

Los servicios de desintoxicación en régimen ambulatorio o en la comunidad son indicados cuando se considera que las personas con trastornos inducidos por sustancias pueden abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad. Por lo general la desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa o en el domicilio del paciente con un período de estabilización en el que se administran sustancias de sustitución. Después de ese período de estabilización, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un período que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. En ese período se puede alentar al paciente a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios de apoyo. En muchos aspectos, en líneas generales, algunos de esos programas pueden compararse, con los programas de mantenimiento ambulatorios o en la comunidad.

Desintoxicación a corto plazo en régimen de internación o residencial

Las personas con trastornos inducidos por sustancias y vinculados a un síndrome o a síntomas de abstinencia, que muy probablemente no podrán abstenerse de las drogas si permanecen en la comunidad y que por lo tanto necesitarán un entorno supervisado y controlado por facultativos, pueden ingresar en un programa de internación o residencial a corto plazo. En la mayoría de esos programas se pasa de una etapa de desintoxicación a una etapa bastante breve de prevención estructurada de recaídas, asesoramiento y educación con la perspectiva de remitir a la persona a otro servicio. Cabe observar que algunas de las personas que se están absteniendo de consumir drogas sufren otros problemas físicos y psicológicos

(que pueden influir en la administración del tratamiento del estado de abstinencia de drogas o de alcohol), de modo que los programas de internación a corto plazo pueden constituir una oportunidad propicia de descubrir o tratar esos problemas.

b) Rehabilitación: etapa de prevención de recaídas

En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas se atiende a las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que, habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación que exijan que se sometan a la etapa anterior de tratamiento. Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. En esa etapa se aplican intervenciones psicosociales y farmacológicas.

Intervenciones psicosociales

Programas en la comunidad o ambulatorios. Estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general. El plan se suele configurar en función de las necesidades de cada participante con arreglo a un método de gestión de casos. El método está basado en la determinación inicial y continua, por parte de un clínico o una persona especializada, de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes. Ese análisis da lugar al establecimiento de un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente en el curso del tratamiento. La gestión de casos abarca también funciones de enlace y la remisión a otros servicios auxiliares de apoyo que necesite el participante, así como a otros programas especializados pertinentes.

En muchos países, la mayoría de los consejeros utilizan técnicas cognitivo conductuales y motivacionales centradas en el usuario y ofrecen un tratamiento cuya duración oscila entre una intervención breve de una a tres sesiones y un programa estructurado de varios meses de duración. En muchos países existen programas estructurados ambulatorios sin drogas. En los programas más intensivos se espera que los participantes asistan cuatro o cinco días por semana varias horas por día. Se trata de ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas con miras a mitigar las consecuencias negativas de éste y a evitarlo. Además, las sesiones de asesoramiento y educación individuales y en grupo pueden girar en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, las relaciones familiares, la formación profesional, la reinserción laboral, el apoyo en materia de vivienda y asuntos jurídicos.

Los servicios de asesoramiento planificado ofrecen programas estructurados, con determinación de necesidades, planes de tratamiento y metas claramente definidos y exámenes periódicos, a diferencia de los servicios de orientación e información, apoyo inmediato y asesoramiento no programado. Los programas en la comunidad pueden ofrecerse como alternativa a los programas de rehabilitación residencial o como etapa posterior a éstos.

Programas de rehabilitación residencial. Hay programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo. Los programas de corto plazo suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días. Los programas de largo plazo por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la “comunidad terapéutica”. Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común: vida comunitaria con otros adictos en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación, y apoyo al postratamiento. Por lo general se usa una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos. Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semiindependientes situados generalmente cerca del lugar en que se administra el programa residencial principal. En esos hogares se ofrece al grupo la posibilidad de prepararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se le sigue dando el apoyo institucional que necesita.

Intervenciones farmacológicas

Programas de sustitución y mantenimiento. Si bien el objetivo principal de la mayoría de los programas de rehabilitación es la abstinencia, se pueden prescribir sustancias de sustitución como la metadona y la buprenorfina, con fines de mantenimiento, a las personas con dependencia de opioides. Con frecuencia se administra tratamiento de mantenimiento a las personas que han fracasado reiteradamente en los programas encaminados a lograr la abstinencia. En los programas de mantenimiento se administra una sustancia de sustitución en dosis adecuadas y estables durante varios meses y, en ciertos casos, durante años. Es importante considerar la prescripción de sustancias al paciente en la comunidad como plataforma de las intervenciones de asesoramiento psicosocial que se han de aplicar en combinación con los programas de mantenimiento. En la mayoría de los programas de mantenimiento se ofrece un plan de sesiones periódicas programadas de asesoramiento con determinado profesional,

conjuntamente con el acceso a grupos de autoayuda, atención primaria o médica de otra índole y apoyo de promoción social.

En el Reino Unido y en Australia se ha despertado cierto interés por determinar la conveniencia y los efectos de administrar dexanfetamina a ciertos consumidores adultos dependientes de anfetaminas que no presentan una psicopatología grave. No se han reunido pruebas suficientes para determinar el acierto de esa práctica, ni se conocen bien las características de los adictos a los que podría convenir esa clase de farmacoterapia.

Farmacoterapia antagonista. Cuando la persona dependiente de opioides ya no consume drogas (es decir, se ha desintoxicado totalmente), puede recibir una medicación antagonista (naltrexona) como parte del tratamiento continuado de prevención de recaídas. Ese antagonista bloquea los receptores opiáceos en el cerebro y neutraliza los efectos de la heroína o de todo otro opiáceo que pudiera consumir la persona. La prescripción de naltrexona (que no plantea riesgo de abuso) puede formar parte del tratamiento ambulatorio continuado y se puede combinar con terapia familiar (aunque puede iniciarse en un entorno residencial tras la desintoxicación). Se administra medicación diariamente durante varios meses como mínimo, con lo cual se bloquean los efectos de los opiáceos y, por consiguiente, se promueve la recuperación a largo plazo ayudando a la persona a seguir absteniéndose de consumir drogas. Cabe destacar la importancia de la participación del cónyuge y de la familia para lograr que el paciente cumpla el tratamiento.

En las investigaciones se ha comprobado que el tratamiento con naltrexona no siempre se cumple y que hay una tasa elevada de deserción. No obstante, cuando los pacientes están muy motivados o son muy cumplidores, la naltrexona suele ser muy eficaz, lo que indica la importancia de estudiar las características del paciente para administrar el tratamiento que más le convenga.

Se han hecho grandes esfuerzos por encontrar antagonistas de la cocaína; sin embargo, no se ha comprobado empíricamente la eficacia de ningún bloqueador de receptores de esa sustancia.

c) Postratamiento

En algunos programas estructurados hay un período de tratamiento menos intensivo, denominado postratamiento, después que el paciente ha concluido el programa principal. El postratamiento se puede limitar a un mes, o se puede prolongar hasta mucho después de haberse terminado el tratamiento, y tiene por objeto seguir

Recuadro 19 El modelo Matrix

El modelo Matrix de tratamiento de adictos a estimulantes es un tratamiento marco de componentes múltiples para ayudar al paciente a llegar a un estado de abstinencia y de bienestar físico y psicológico. En él se abordan sistemáticamente las necesidades de los adictos clasificando sus problemas en categorías bien definidas, a saber, conductual, cognitiva, emocional e interpersonal. El tratamiento está centrado en determinadas cuestiones que surgen en cada uno de esos sectores y a que hace frente el paciente en las "etapas de recuperación" que se suceden durante el primer año de privación de estimulantes. Se hace hincapié en la importancia del contacto personal con un terapeuta, la explicación de los riesgos que conlleva el abuso de drogas, la prevención de recaídas, el apoyo social, la participación en programas de 12 pasos y cuestiones de importancia decisiva relacionadas con la adicción y la recaída. El programa abarca actividades educativas y de apoyo dirigidas a los miembros de la familia. A continuación se describe un programa típico.

Primera etapa (del primero al sexto mes). Las sesiones terapéuticas suelen estructurarse de la siguiente manera:

- Primera y segunda semanas: sesiones individuales dos veces por semana; grupo de 12 pasos, grupo de educación de la familia, grupo de estabilización y análisis de orina una vez por semana;
- De la tercera a la 16ª semana: grupo de prevención de recaídas dos veces por semana; sesión individual, grupo de 12 pasos y grupo de educación de la familia y análisis de orina una vez por semana;
- De la 17ª a la 26ª semana: grupo de prevención de recaídas dos veces por semana; grupo de apoyo social y grupo de 12 pasos una vez por semana y sesión individual mensual.

Segunda etapa (del séptimo al 12º mes). Las sesiones terapéuticas suelen estructurarse de la siguiente manera:

Grupo de 12 pasos, grupo de apoyo social y asesoramiento individual y en pareja una vez por semana y análisis de orina una vez por semana si es necesario.

Fuentes: A. Huber y otros, *Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective*, *Journal of Addictive Diseases*, vol. 16 (1997), págs. 41 a 50; y R. Rawson y otros, *An intensive outpatient approach for cocaine abuse: the Matrix Model*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, No. 2 (1995), págs. 117 a 127.

<http://www.matrixcentre.com/>

prestando a los pacientes el apoyo necesario para mantener los resultados y metas logrados anteriormente. Puede comprender llamadas telefónicas periódicas y visitas programadas y no programadas o sin consulta previa. Además de los servicios de postratamiento ofrecidos por el programa estructurado, también se puede alentar a los

participantes a pasar a formar parte de grupos de autoayuda y ofrecerles servicios de apoyo y de orientación generales en la comunidad, de ser necesario. Hasta el momento no se ha evaluado formalmente la eficacia de esa clase de servicios, si bien en general se reconoce su valor y se intenta promoverlos. Naturalmente, un entorno familiar y comunitario propicio también contribuirá a la recuperación de las personas que han recibido tratamiento por abuso de drogas.

d) Modelos de tratamiento integral

En los últimos años se han hecho esfuerzos concretos por establecer servicios de tratamiento integral. Esos servicios constituyen la integración de distintos métodos de tratamiento, como el asesoramiento en la comunidad y la rehabilitación residencial, encaminados a ayudar a las personas a lograr una abstinencia duradera. En el recuadro 19 figura un ejemplo de un modelo de tratamiento de adictos a psicoestimulantes.

e) Entorno especial de tratamiento: el sistema de justicia penal

Un gran número de consumidores de drogas entran en contacto con las autoridades judiciales y el sistema de justicia penal. En muchos países existe interés en elaborar intervenciones terapéuticas en el entorno de las instituciones de justicia penal. Hay varios puntos de contacto e instancias en ese sistema que pueden prestarse para las intervenciones:

- Detención. Evaluación preventiva y remisión a servicios de tratamiento, en el momento de la detención, por parte de profesionales que trabajan con la policía;
- Antes de la condena (remisión durante la libertad condicional) Planes que entrañan la remisión de delincuentes a servicios de tratamiento en el período comprendido entre la detención y la condena, cuando el oficial de vigilancia determina que abusan de drogas;
- Condena a servicios en la comunidad. Se pueden organizar programas de tratamiento estructurado como parte de una condena a servicios en la comunidad y de otras sentencias de libertad vigilada, imponiéndolo como condición;
- Condena a pena privativa de libertad y período posterior. Se puede utilizar un marco terapéutico básico para administrar tratamiento de desintoxicación, prestar asesoramiento durante la reclusión y brindar apoyo en la etapa de postratamiento. Pueden adoptarse disposiciones para que los reclusos que queden en libertad antes de cumplir la totalidad de su condena continúen el tratamiento (tratamiento en el período de libertad vigilada);

- Tribunales facultados para ordenar el tratamiento de toxicómanos. Esos tribunales están facultados para remitir a los delincuentes drogadictos a un tratamiento de la adicción bajo supervisión judicial, en lugar de condenarlos a una pena privativa de libertad. Se establecieron en los Estados Unidos en 1989 con miras a poner coto a la delincuencia luchando contra el abuso de drogas que subyace tras ésta. Actualmente existen, o se tiene pensado establecerlos, en un número creciente de países: Australia y Canadá en 1999; Irlanda en 2000; Bermudas, Brasil, Islas Caimán, Jamaica y Reino Unido (Escocia) en 2001; y Mauricio, Nueva Zelanda y Reino Unido (Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte) en 2002 (véase el recuadro 20).

B. Acceso a la información sobre tratamientos eficaces

Existe en todo el mundo material de investigación importante y cada vez más voluminoso sobre la eficacia de los

tratamientos de problemas de drogadicción. Ese material suele presentarse en tres formas:

- Informes científicos publicados en revistas profesionales;
- Estudios de investigación publicados como informes o monografías;
- Diversos capítulos de libros y artículos en que se reseña un tipo especial de tratamiento o un conjunto de investigaciones.

El acceso a esa literatura es cada vez más fácil, a medida que se dispone de más informes en Internet. Se puede acceder ahora a varias fuentes de información en Internet, recurso este que crece con rapidez, ya que continuamente surgen nuevos servicios. Una referencia muy valiosa es la Cochrane Library (véase el recuadro 49 *infra*), que contiene una lista de reseñas compiladas sobre una variedad de temas relativos a la atención de la salud, entre ellos el abuso de drogas.

Recuadro 20

Rehabilitación en lugar de encarcelamiento en Jamaica

Reconocer que se tiene un problema de drogas es el requisito previo más importante para ser aceptado en el Programa Judicial de Jamaica contra las Drogas. En dos tribunales de primera instancia designados al efecto en Kingston y Montego Bay, si una persona es aceptada en un programa de rehabilitación aprobado por el sistema judicial, puede evitar ahora el encarcelamiento o una cuantiosa multa por posesión de marihuana, cocaína o heroína, o incluso por delitos cometidos bajo la influencia de las drogas.

El programa, puesto en marcha con el asesoramiento del Tribunal de Drogas de Toronto (Canadá) y el PNUFID, ha permitido tratar ya docenas de casos. En los últimos meses se han ido elaborando unas directrices oficiosas compatibles con la situación local. Son criterios importantes para ser aceptado y permanecer en el programa disponer de una dirección permanente y de un familiar o una persona que esté dispuesta a responsabilizarse por el participante y asistir regularmente a las sesiones de asesoramiento.

Durante una reciente visita a los tribunales, funcionarios del PNUFID vieron cómo expulsaban a un participante del programa por vender drogas y hacían volver a otro a la cárcel durante una noche para inculcarle la importancia de asistir regularmente a las sesiones de rehabilitación, en tanto que otros tres fueron "promovidos" a presentarse ante el juez cada dos semanas (normalmente tienen que presentarse una vez por semana). Un participante camina seis kilómetros para asistir a las sesiones de asesoramiento en grupo, que se realizan tres veces por semana. Además de los análisis periódicos para detectar el posible consumo de drogas, parece que la presión ejercida por los compañeros hace que los adictos en recuperación sigan absteniéndose de consumir drogas y cumpliendo el programa.

La mayoría de los participantes son adictos a la cocaína, razón por la cual hay un alto porcentaje de probabilidades de que muchos recaigan. Los consejeros saben que algunas de las personas aceptadas son "casos límite". El mayor problema de Jamaica es encontrar una vivienda y un entorno laboral adecuados y, para muchos, no hay otra alternativa que los barrios de tugurios de Kingston y Montego Bay, infestados de drogas. La principal disyuntiva de los proveedores de tratamiento es internar o no a los participantes en un establecimiento de atención residencial 24 horas al día, pero de todas maneras esas personas tarde o temprano tendrán que regresar a la vida "de afuera". En consecuencia, la actitud del participante es de suma importancia. Si el adicto está dispuesto a aceptar el compromiso de "no tocar las drogas" para evitar la cárcel, en Jamaica la ley le concede una "segunda oportunidad".

Fuente: Update, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ex Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito), diciembre de 2001.

Aspectos fundamentales

Los aspectos fundamentales abordados en el capítulo IV de la Guía son:

- Los elementos básicos de un método de tratamiento integral pueden irse integrando en un sistema de tratamiento en función de la índole y gravedad del problema, los recursos fiscales de que se disponga y el contexto cultural y político;
- Los servicios de acceso directo son elementos importantes de las intervenciones terapéuticas integrales, ya que constituyen un punto importante de primer contacto de las personas que tienen problemas relacionados con drogas y de las que se preocupan porque otras los tienen. Son también estrategias esenciales de prevención de las consecuencias sanitarias y sociales negativas del abuso de drogas;
- Existe una variedad de servicios de tratamiento y de intervenciones terapéuticas específicas. Las evaluaciones realizadas en varios países respaldan la aplicación de:
 - Programas de desintoxicación con supervisión médica para controlar los síntomas de privación y lograr la estabilización;
 - Programas de rehabilitación para prevenir recaídas, ejecutados en la comunidad o en un entorno residencial;
 - Intervenciones farmacológicas, entre ellas la terapia de mantenimiento y la farmacoterapia con antagonistas;
- Se puede obtener información acerca del impacto de los tratamientos en revistas y bibliotecas especializadas. Internet es el medio que más se está utilizando para obtener información acerca de su eficacia.

Bibliografía

- Galanter, M. y Kleber, H. D., comp., *Textbook of Substance Abuse Treatment*, The American Psychiatric Press (Washington, D.C.), 1999.
- Instituto de Medicina, *Treating Drug Problems*, National Academy Press (Washington, D.C.), 1990.
- Landry, M., *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*, Administración de Servicios de Tratamiento del Abuso de Sustancias y de Salud Mental, Oficina de Estudios Aplicados, Rockville (Maryland), 1995.
- Mattick, R. P. y Hall, W., comp., *A Treatment Outline for Approaches to Opioid Dependence. Quality Assurance in the Treatment of Drug Dependence Project*, colección de monografías núm. 21 de la Oficina de Publicaciones del Gobierno de Australia, Canberra, 1993.
- Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Drug Abuse and Addiction Research: The Sixth Triennial Report to Congress from the Secretary of Health and Human Services*, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda (Maryland), 1999.
<http://www.drugabuse.gov/STRC/STRCIndex.html>
- Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, Institutos Nacionales de Salud (Washington, D.C.), 1999.
<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATindex.html>
- Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas, *Treatment Protocol Effectiveness Study* (Washington, D.C.), 1996.
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/treat/treat.html>
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas*, Viena, 2002).
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*, Viena, 2002.
- Roberts, G., y Ogborne, A., *Best Practices: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation*, Oficina de Asuntos relativos al Alcohol, las Drogas y las Dependencias, Health Canada, Ottawa, 1998.
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pdf/best_pract.pdf
- Robertson, R., comp., *Management of Drug Users in the Community: A Practical Handbook*, Oxford University Press, Nueva York, 1998.
- 30.º informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.
- Programa de la Organización Mundial de la Salud titulado "Substance Abuse, *Approaches to Treatment of Substance Abuse*", OMS, Ginebra, 1993.

Directrices clínicas

Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América—Clinical Resources, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids*.

http://www.psych.org/clin_res/pg_substance.cfm

Departamento de Salud y Atención de las Personas de Edad de Australia, *Handbook for Medical Practitioners and Other Health Care Workers on Alcohol and Other Drug Problems*.

http://www.health.gov.au/pubs/drug/alc_hand/alc_int.htm

Departamento de Salud, Oficina de Escocia; Departamento de Salud, Oficina de Gales, y Departamento de Servicios Sanitarios y Sociales de Irlanda del Norte, *Drug Misuse and Dependence. Guidelines on Clinical Management*, The Stationary Office Ltd., Norwich, 1999.

<http://www.doh.gov.uk/drugdep.htm>

<http://www.open.gov.uk/doh/pub/docs/doh/dmfull.pdf>

Instituto Nacional contra la Drogadicción, *NIDA Clinical Toolbox*.

<http://www.drugabuse.gov/TB/Clinical/ClinicalToolbox.html>

Trachtenberg, A. I. y Fleming, M. F., *Diagnosis and Treatment of Drug Abuse in Family Practice*, Health Science Communications, Inc., Nueva York, 2001.

<http://www.nida.nih.gov/Diagnosis-Treatment/diagnosis.html>

Intervenciones farmacológicas

Ball, J. C. y Ross, A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome*, Springer-Verlag, Nueva York, 1991.

Fiellin, D. A. y otros, *Methadone Medical Maintenance: A Training and Resource Guide for Office-Based Physicians*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América., Rockville (Maryland).

<http://www.caas.brown.edu/ATTC-NE/pubs/OBOT/OBOT.html>

Ghodse, H., Clancy, C. y Oyefeso, A., *Methadone Substitution Therapy. Policies and Practices*, colección de monografías núm. 1, European Collaborating Centres in Addiction Studies, Londres, 1998.

Johnson, R. E. y Strain, E. C., “Other medications for opioid dependence”, en *Methadone Treatment for Opioid Dependence*, Strain, E. C. y Stitzer, M., comp., The Johns Hopkins University Press, Baltimore (Maryland), 1999.

Kauffman, J. F. y Woody, G. E., *Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy*, Treatment Improvement Protocol Series 20, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, Rockville (Maryland), 1995.

<http://www.health.org/govpubs/bkd168>

Kreek, M. J., “Long-term pharmacotherapy for opiate (primarily heroin) addiction: Opioid agonists”, en *Pharmacological Aspects of Drug Dependence: Towards an Integrated Neurobehavioral Approach*, Schuster, C. R. y Kuhar, M. J., comp., Springer, Berlín (1996), págs. 487 a 562.

Ling, W., Rawson, R. A. y Compton, M. A., “Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine”, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, núm. 2 (1994) págs. 119 a 128.

Marsch, L., “The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis”, *Addiction*, vol. 93, núm. 4 (1998), págs. 515 a 532.

Institutos Nacionales de Salud, *Effective Medical Treatment of Opiate Addiction*, NIH Consensus Statement, vol. 15, núm. 6 (17 a 19 de noviembre de 1997), págs. 1 a 38.

http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/108/108_intro.htm

Newman, R. G., “Methadone: prescribing maintenance, pursuing abstinence”, *The International Journal of Addictions*, vol. 30, núm. 10 (1995) págs. 1303 a 1309.

Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas, *Consultation Document on Opioid Agonist Treatment*.

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/scimed/methadone/contents.html>

Preston, A., *The Methadone Briefing*, ISDD, Waterbridge House, Londres, 1996.

Verster, A. y Buning, E., *European Methadone Guide*, Euro-Methwork, Amsterdam, 2000.

Intervenciones psicosociales

Carroll, K. M., *Approaches to Drug Abuse Counseling*, Institutos Nacionales de Salud, Rockville (Maryland), 2000.

<http://www.drugabuse.gov/ADAC/ADAC1.html>

Colombo Plan Drug Advisory Programme, *Enhancing Life Skills in Drug Treatment and Rehabilitation: A manual for Practitioners and Trainers*, Colombo, 2002.

Harrison, S., y Carver, V., compiladores, *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counselors*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1997.

Huber, A. y otros, "Integrating treatments for methamphetamine abuse: a psychosocial perspective", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 16 (1997), págs. 41 a 50.

Miller, W. E. y Hester, R. K., "The effectiveness of treatment techniques: what works and what doesn't", en *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, Miller, W. E., y Heather, N., comp. Plenum Press, Nueva York, 1986.

Miller, W. R., "Motivational interviewing: research, practice and puzzles", *Addictive Behaviors*, vol. 6 (1996) págs. 835 a 842.

Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*, Oficina de Publicaciones del Gobierno, Washington, D.C., 1998.

Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 2. A Community-Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction*, Oficina de Publicaciones del Gobierno, Washington, D.C., 1998.

Rawson, R. y otros, "An intensive outpatient approach for cocaine abuse: the Matrix model". *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, núm. 2 (1995) págs. 117 a 127.

El tratamiento y el género

Health Canada, *Best Practices—Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems*, Ottawa, 2001.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/women-e.pdf>

Hedrich, D., *Problem Drug Use by Women. Focus on Community-Based Interventions*, Grupo Pompidou, Estrasburgo, 2000.

<http://www.pompidou.coe.int/English/therapie/women/pdw-e001.html>

Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Gender and Women Research*

<http://www.drugabuse.gov/WHGD/WHGDHome.html>

El tratamiento y el VIH/SIDA

Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias, *Substance Abuse and Infectious Disease: Cross-Training for Collaborative Systems of Prevention, Treatment and Care*

<http://www.treatment.org/Topics/infectious.html>

Health Canada, Care, *Treatment and Support for Injection Drug Users Living with HIV/AIDS*, Ottawa, 1997.

Pohl, M. y otros, *Guidelines for HIV Infection and AIDS in Addiction Treatment*, American Society of Addiction Medicine, 1998.

<http://www.asam.org/conf/aidsguid.htm>

Naciones Unidas, *Documento de posición del sistema de las Naciones Unidas sobre la prevención de la transmisión del VIH entre los toxicómanos*, Viena, 2001.

OMS, "Drug use and HIV-infection: the care of drug users and the treatment system", informe de un grupo de trabajo de la OMS, Munich, 1998.

<http://www.who.dk/adt/pdf/drughiv.pdf>

Tratamiento para los jóvenes

Health Canada, *Best Practice for the Treatment and Rehabilitation of Youth with Substance Use Problems*, Ottawa, 2001.

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/youth.pdf>

Health Advisory Service, *The Substance of Young Needs: Services for Children and Adolescents Who Misuse Substances*, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1996.

Schonberg, S. K., *Guidelines for the Treatment of Alcohol- and Other Drug-Abusing Adolescents*, Treatment Improvement Protocol Series, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias, Rockville (Maryland).

Tratamiento en el sistema de justicia penal

EMCDDA, *An Overview Study: Assistance to Drug Users in European Union Prisons*, informe científico del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Cranstoun Drug Services Publishing, Londres, 2001.

Fox, A., *Prisoners' Aftercare in Europe: a Four-Country Study*. Cranstoun Drug Services, European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison, Londres, 2000.

Turnbull, P. J., *Demand Reduction Activities in the Criminal Justice System in the European Union*, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Lisboa, 1997.

Proyecto “Health in Prisons” de la OMS y el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, Berna, 2001.

Obras de consulta en Internet

Addiction Search: enlaces con sitios que contienen información sobre adicción.

<http://www.addictionsearch.com>

Centre for Substance Abuse Treatment (Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias)

<http://www.samhsa.gov/centers/csat2002/>

The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information

<http://www.health.org/dbases/>

National Treatment Agency

<http://www.nta.nhs.uk/>

Royal College of General Practitioners: Substance Misuse Management in General Practice

<http://www.smmgp.demon.co.uk>

Creación y prestación de servicios de tratamiento

En el capítulo IV de la *Guía* se presentó un resumen de los tratamientos eficaces que se han elaborado para responder al abuso de drogas. En el presente capítulo se lleva adelante el análisis y se examina la cuestión de cómo elaborar un servicio o sistema de tratamiento.

La información que figura en el presente capítulo ayudará a:

- Apreciar el valor de hacer participar a la comunidad en la elaboración de un tratamiento;
- Comprender la forma de aprovechar los recursos dedicados a la atención primaria de la salud para complementar el tratamiento especializado del abuso de sustancias;
- Obtener orientación para planificar, crear y poner en funcionamiento sistemas o servicios de tratamiento con un criterio gradual;
- Formarse una idea general de las principales tareas necesarias para la creación de un servicio de tratamiento;
- Comprender con claridad la importancia de las metas organizativas, de la formación y la supervisión del personal y del apoyo que se le preste.

En el presente análisis no se pueden detallar absolutamente todas las tareas que entraña la creación de un nuevo servicio o la dinamización de los servicios que ya no pueden responder a los nuevos problemas de la población. Cabe destacar que muchos servicios eficaces fueron establecidos por personas carismáticas que se permitieron hacer caso omiso de algunos de los aspectos más convencionales de organización. Si bien gracias a su celo y dedicación los servicios prosperaron, con el tiempo esos enfoques de inspiración carismática plantean problemas. En líneas generales, es mejor que los servicios se sustenten en políticas y procedimientos bien estructurados y en un mecanismo de revisión de esas políticas para que el sistema pueda evolucionar y madurar con el tiempo.

En algunos países, la planificación central ejerce una influencia decisiva en la elaboración de nuevos proyectos, en tanto que en otros contextos la iniciativa personal y

comunitaria puede generar muchos proyectos si no existe un plan de desarrollo estratégico generalizado o sistemático. En otros lugares puede haber servicios creados por organizaciones no gubernamentales. Independientemente de los pormenores o de las diferencias, siempre es necesario actuar en coordinación con los principales participantes a fin de aprovechar los recursos de la mejor manera.

Los sistemas y servicios de tratamiento deben reflejar las infraestructuras sanitarias, sociales y comunitarias en que se introducirán. Un nuevo programa de tratamiento debe vincularse a las redes existentes en los ámbitos de la salud, el bienestar social y la justicia y complementarias. De esa forma se utilizarán con mayor eficiencia los recursos de que se disponga y se facilitará la integración del proceso de recuperación de adictos en los servicios existentes en la comunidad.

El grado de desarrollo de los servicios de atención de la salud y de bienestar social varía notablemente en las distintas regiones. Cabe reconocer que puede haber grandes diferencias en la cantidad de recursos financieros y humanos de que se disponga. El tipo de servicios que se establezca estará determinado, naturalmente, por la cantidad de recursos locales o nacionales que se asignen.

No obstante, independientemente de la escala del proyecto, el PNUFID promueve la aplicación de un criterio sistemático que posibilite la utilización óptima de recursos. Ese criterio puede ser evolutivo, y en muchos casos debe serlo; es decir, se debe partir de un plan básico en el marco del sistema de atención primaria de la salud cuando los recursos sean escasos y pasar por la solución intermedia de crear un servicio único de tratamiento, hasta llegar a ofrecer un complejo sistema de tratamiento integral.

El presente capítulo se divide en tres partes. En la parte A se bosquejan principios importantes relativos a la participación de la comunidad y de la infraestructura de atención primaria de la salud en la creación de un servicio básico. En la parte B se examina la manera de elaborar un nuevo servicio que ofrezca tratamiento de carácter más

especializado. En la parte C se ofrecen directrices básicas para el funcionamiento efectivo de un servicio de tratamiento. La información que se presenta en la parte C se ampliará en el capítulo VI, dedicado a la integración y coordinación de los distintos elementos de un sistema de tratamiento.

A. Participación de la comunidad e integración del tratamiento del abuso de drogas en los servicios de atención primaria de la salud

La mayor parte de la información que se ofrece en el presente capítulo está relacionada con la aplicación de un criterio gradual para la creación de un servicio de tratamiento. Antes de presentarla, cabe plantearse la hipótesis de que no se disponga de recursos en absoluto para establecer un nuevo servicio. En esas circunstancias, es posible facilitar y aprovechar las formas de intervención en la comunidad y el personal de apoyo de los servicios de atención primaria de la salud para ofrecer un servicio básico. En muchas regiones, los únicos recursos de que se dispone para el tratamiento son los servicios de atención primaria de la salud y de medicina general, cuyo personal tal vez sea insuficiente para ocuparse de la gran variedad de problemas de salud que se presentan. Con todo, en muchos casos los adictos suelen entrar en contacto por primera vez con los sistemas de salud por conducto de los servicios de atención primaria. En algunas comunidades, la magnitud de los problemas derivados del abuso de drogas significa una pesada carga para esos servicios.

Recuadro 21 Movilización de la comunidad en Chiang Mai (Tailandia septentrional)

En la parte septentrional de Tailandia que limita con Myanmar existe una red desarrollada de atención de la salud, con servicios regionales, en los distritos y en las aldeas, que presta atención primaria a nivel de distritos y aldeas y servicios más especializados a nivel regional. En el último decenio, el problema de la metanfetamina ha alcanzado proporciones de epidemia, y algunos de los distritos pequeños han adoptado sus propias medidas para combatir el abuso de esa sustancia, muy difundido en las aldeas. Por ejemplo, el comité del distrito de Oonkrang, al norte de Chiang Mai, se reunió con las personas más influyentes de la comunidad para encontrar formas de resolver el problema y se creó un programa de acción comunitaria encaminado principalmente a evitar la distribución y venta de drogas y a fomentar el apoyo a las personas de las aldeas que se habían sometido a tratamiento.

1. Participación de la comunidad

Los recursos de la comunidad son elementos importantes que se pueden aprovechar cuando se crean servicios de tratamiento del abuso de drogas. Su importancia resalta más aún en situaciones de escasez de recursos. En el caso de servicios que se prestan en la comunidad, la familia y los integrantes de la comunidad forman parte del sistema de tratamiento y coadyuvan en gran medida a la planificación, ejecución y evaluación del programa. Es indispensable que al elaborar el tratamiento se tenga en cuenta el contexto cultural y el entorno en que se prestarán los servicios y convendría que se aprovecharan las prácticas curativas tradicionales y se integrara el nuevo servicio en la comunidad local, que tal vez ya haya iniciado sus propias formas de intervención.

En los recuadros 21 y 22 se dan ejemplos de iniciativas que han contado con la participación de la comunidad, de los proveedores de servicios de atención primaria de la salud y de curanderos.

Es fundamental tener en cuenta las circunstancias locales y los valores culturales que influyen en el abuso de drogas y la dependencia. Por ejemplo, algunas enfermedades físicas graves y ciertos dolores pueden tratarse con productos autóctonos que originan en la comunidad graves problemas de dependencia. En esos casos, para tratar la drogodependencia habrá que abordar ese factor subyacente. Al respecto, en el recuadro 23 se expone el caso de la República Democrática Popular Lao.

Recuadro 22 Participación de curanderos en Nigeria

En ciertas zonas rurales de Nigeria en que la atención primaria de la salud suele estar en manos de una sola enfermera encargada de una población numerosa en una vasta extensión, se ha establecido una relación de colaboración con varios curanderos. El objetivo es dotar a éstos de conocimientos que les permitan brindar atención primaria de la salud. Se trata de un criterio práctico que responde a la necesidad de economizar fondos y que entraña la participación de miembros respetados o ancianos de la comunidad en la elaboración de una respuesta estructurada. Se podría aplicar ese mismo criterio para la determinación de casos de abuso de drogas, la aplicación de intervenciones breves y la remisión de casos a los distintos servicios.

Recuadro 23
Participación de trabajadores de la salud de la comunidad en la República Democrática Popular Lao

En la República Democrática Popular Lao, el opio se usaba tradicionalmente para calmar dolores y tratar enfermedades graves, y la escasez de servicios médicos básicos fue uno de los factores que más contribuyeron al problema de adicción provocado por esa droga en la comunidad. El establecimiento y desarrollo de sistemas de atención primaria de la salud desempeñarán un importante papel en la prevención de nuevos casos de adicción y de recaídas. Se están creando servicios de atención primaria de la salud en la comunidad y se han establecido en las aldeas grupos de voluntarios que reciben apoyo para mejorar la situación sanitaria. Los voluntarios constituyen un recurso para mejorar la atención y respaldar una estrategia de promoción encaminada a aumentar la eficacia, pertinencia y accesibilidad de la información y la educación sobre la salud en las aldeas. Ese planteamiento comprende la reducción de la demanda con la participación de la comunidad mediante la sensibilización de ésta con respecto al problema de la drogadicción.

2. Elementos determinantes de la participación de los servicios de atención primaria

La hipótesis elemental es encomendar a equipos de atención primaria el reconocimiento inicial (screening) de los pacientes para determinar los casos de drogadicción y la prestación de atención básica. Una ventaja importante de integrar el tratamiento del abuso de drogas en la atención primaria de la salud radica en que pueden compartirse la infraestructura y los recursos que existan en el lugar. Para que eso sea posible, hay que impartir formación adecuada, prestar apoyo material y disponer de servicios de remisión de casos. Es necesario que el personal de atención primaria de la salud de la zona que se va a atender (y también los voluntarios de la comunidad que colaboren) conozca las cuestiones relacionadas con la drogadicción y pueda determinar los problemas de las personas que lo consultan, sepa cómo prestarles cuidados mínimos (por ejemplo, una intervención breve, en el sentido en que se define este concepto en el glosario que figura al final de la presente Guía) y, en teoría, que reciba apoyo y asistencia para tratar casos complejos.

En el recuadro 24 se describe una iniciativa de formación de personal de atención primaria de la salud en el Reino Unido.

3. Equilibrio entre los servicios generales y los servicios especializados

Lo ideal sería establecer un equilibrio entre los recursos especializados y los de atención primaria de la salud. De hecho, cuando existan limitaciones importantes de recursos, la infraestructura de atención primaria de la salud deberá servir de base a los servicios. Sin embargo, cuando sea posible, es conveniente que se desarrolle algún tipo de actividad especializada para facilitar la formación de un núcleo local de expertos en el tratamiento de problemas de abuso de sustancias. Los especialistas constituirán una fuente valiosa de formación y apoyo de los equipos de medicina general a cargo de la atención primaria de la salud.

En la práctica, los pacientes pueden pasar de los servicios especializados a los de atención primaria y viceversa. En algunos sistemas de tratamiento, los pacientes que han

Recuadro 24
Royal College of General Practitioners: objetivos de aprendizaje de los encargados de la atención primaria de la salud

En 2001, el Royal College of General Practitioners (Colegio de Médicos Generales del Reino Unido) se propuso capacitar a unos 400 médicos generales y otros 60 médicos del sistema penitenciario para especializarlos en el tratamiento de la drogodependencia. La capacitación comprendió una serie de conferencias introductorias, clases magistrales y métodos de evaluación continua. Como parte de esa iniciativa y de la certificación de competencia, se preparó un programa de estudios en que se determinaba la competencia profesional necesaria para el plan de capacitación y los objetivos de aprendizaje de éste. Los objetivos eran:

- Hacer una comprobación crítica de las directrices clínicas de tratamiento del abuso de sustancias que existían en el Reino Unido;
- Explicar las mejores prácticas en materia de prescripción de un tratamiento de sustitución;
- Comprender el papel del médico general en la atención del adicto;
- Comprender mejor los mecanismos de "atención compartida" entre los organismos de medicina general y de tratamiento especializado;
- Examinar las consecuencias nocivas del abuso de drogas y la función de los médicos generales en la prevención de defunciones relacionadas con drogas.

Para obtener más información, véase:
<http://www.smmgp.demon.co.uk>

Recuadro 25**Creación de servicios de tratamiento en Irlanda**

En Irlanda, una serie de informes nacionales promovieron la creación de servicios idóneos para hacer frente al gran problema de consumo de heroína que existía en Dublín. Entre 1995 y 2000 se efectuaron grandes inversiones en el desarrollo de los servicios, con lo que se duplicó con creces la capacidad del sistema. Mucho de eso se logró mediante la elaboración de una política de atención primaria en la que se establecieron procedimientos claros para la participación de médicos generales en el tratamiento de la drogodependencia y se dispuso la capacitación de esos facultativos y también la remuneración de éstos por el tiempo que dedicaban a ese problema complejo.

En los exámenes ulteriores de la política resultó claro que, si bien en Dublín los servicios se habían desarrollado, los problemas de drogas seguían extendiéndose a otras partes del país.

Se revisó la estrategia nacional para llevar adelante la experiencia adquirida con la creación de servicios en una localidad y se recomendó que se establecieran servicios locales y regionales integrales de tratamiento del alcoholismo y la farmacodependencia en todas las regiones. Se estableció también un sistema de coordinación regional y un grupo de trabajo nacional como parte del proceso de facilitación y desarrollo. La estructura de coordinación constituyó una parte importante del proceso nacional de supervisión y ejecución.

sido rehabilitados por un servicio especializado, pero que todavía necesitan atención médica y de otra índole, pueden ser remitidos a un equipo de atención primaria de la salud, que seguirá atendiéndolos, de ser necesario, con el apoyo del servicio especializado. También puede ocurrir lo contrario, es decir, que no pueda tratarse como corresponde a determinado paciente en un servicio de atención primaria y deba ser remitido a un centro especializado en forma provisional o durante cierto tiempo.

En el recuadro 25 se describe la utilización de personal de atención primaria de la salud en el sistema de tratamiento de Irlanda.

B. Creación de un servicio de tratamiento

En esta parte, los principios y actividades de los proyectos en general se aplican al contexto específico de determinar la mejor manera de establecer un programa especialmente destinado a tratar el abuso de sustancias. Las

directrices no se concentran en una modalidad concreta de tratamiento. En la práctica, la mayoría de los aspectos clave de un proceso de creación son cuestiones genéricas. Para ilustrar la manera en que se han establecido servicios en distintos países, se dan ejemplos concretos en forma de breves resúmenes de casos.

Es fundamental que el proyecto, se trate o no de una iniciativa compleja, tenga metas y objetivos viables. La creación de un servicio de tratamiento es un proceso largo y complicado. Para que los resultados sean satisfactorios, se recomienda designar (o adscribir) a una persona que dirija la etapa de elaboración. Esa persona deberá tener aptitudes organizativas y administrativas, capacidad de comunicación e imaginación para llevar el proyecto a feliz término.

Recuadro 26**Creación de servicios para adictas en el Pakistán**

En el Pakistán, el abuso de drogas por parte de las mujeres es menos frecuente que en el caso de los hombres y constituye un comportamiento más oculto. Según se ha informado, las drogas que más utilizan las mujeres son, en primer lugar, los medicamentos de venta con receta, y en segundo lugar, la heroína. A diferencia de los hábitos de consumo de los hombres, la droga que más consumen las mujeres no suele ser el hachís o charas.

En el propio país se opinaba que muchas adictas no se sometían a tratamiento por temor a que sus hijos quedaran al cuidado del Estado. También temían las represalias de sus esposos y el castigo de las autoridades de la comunidad. En esas circunstancias, parecía indispensable proporcionar un servicio de carácter reservado y de fácil acceso en el que las adictas pudieran confiar.

Teniendo presentes los escasos servicios de tratamiento de que disponían las adictas en el Pakistán, el PNUFID, en colaboración con una organización no gubernamental local, estableció un servicio de asistencia telefónica de urgencia en la ciudad de Lahore. El objetivo de ese proyecto experimental de un año de duración fue proporcionar a las mujeres información objetiva acerca de las drogas y sobre cómo hacer frente al problema de abuso de drogas cuando existiera en la familia. La organización no gubernamental asignó consejeros y psicólogos especializados en reducción de la demanda de drogas para responder las preguntas de las adictas o de sus familiares y prestar apoyo. Estableció también un sistema para remitir a las adictas a centros de tratamiento públicos y privados. El éxito del proyecto radicó en haber dispuesto de consejeros cualificados 24 horas al día y en el carácter confidencial de los servicios.

1. Determinación de las necesidades de la población destinataria

Como se señaló en el capítulo III, es preciso conocer bien la índole de los grupos que atenderá el programa de tratamiento. Para eso se puede reflexionar sobre las posibles vías de remisión de casos y de acceso al tratamiento que se usarán y también llevar a cabo una determinación de las necesidades. Ese proceso ayudará a descubrir las posibles necesidades de tratamiento de ciertos grupos de población, entre ellos, los jóvenes, las mujeres, los consumidores de drogas inyectables, los consumidores de drogas seropositivos, las personas con morbilidad psiquiátrica concomitante, las personas sin hogar, los detenidos y reclusos y las minorías étnicas. En el recuadro 26 se resume un ejemplo concreto de determinación de necesidades, en este caso de adictas pakistaníes.

2. Especificaciones del proyecto

Se debe especificar por escrito el alcance del proyecto, sus actividades y sus metas y también es importante establecer lo que no abarcará. En el mismo documento debe indicarse, además, el personal clave para la elaboración del proyecto y deben describirse sus funciones y las tareas asignadas. Se detallarán también las normas de calidad y los patrones de referencia que se aplicarán y se deberá aclarar cuándo se considerará concluido el proyecto. Resulta sumamente útil precisar todo lo que se espera de éste.

Además, habrá que determinar los riesgos, aun cuando no se haga de manera muy sistemática. En materia de gestión de proyectos, se entiende por “riesgo” la probabilidad de que ocurra un accidente o un acontecimiento indeseado y por “control y gestión de riesgos”, la adopción de medidas para reducir los riesgos, la formulación de planes de emergencia y la supervisión de la marcha de los proyectos. Independientemente del grado de complejidad de un proyecto, habrá que crear un comité directivo que se encargue de determinar las probabilidades de riesgo. El comité tendría que plantearse las siguientes preguntas:

- ¿El proyecto puede ser eficaz y viable desde el punto de vista técnico?
 - ¿Se alcanzarán los resultados esperados?
 - ¿Se obtendrán otros beneficios?
 - ¿Cuándo se lograrán los beneficios?
 - ¿El proyecto es sostenible?
- ¿Resulta aceptable desde el punto de vista político?
- ¿Se cuenta con el apoyo de la comunidad?
- ¿Existe la probabilidad de que la población destinataria recurra a los servicios?
- ¿En qué medida están garantizados los beneficios?
- ¿Se puede costear el proyecto?

3. Obtención de fondos y puesta en marcha

En las primeras etapas de planificación del proyecto hay que ocuparse de cuestiones fundamentales relativas al presupuesto y los recursos disponibles. Desde el principio habrá que debatir el tema con representantes de los organismos públicos y el personal de otros servicios (cuando proceda) para determinar las carencias que existan. En los recuadros 27 y 28 figuran ejemplos de cómo se obtuvieron fondos para sufragar la elaboración de un proyecto en África y sobre la importancia que ha cobrado en Mauricio una iniciativa que comenzó con objetivos modestos.

4. Cronograma del proyecto

Los especialistas en gestión de proyectos han elaborado varias técnicas útiles para lograr que los proyectos se ejecuten oportunamente y de conformidad con las especificaciones. Una de ellas es el gráfico de Gantt, que en el caso de la gestión de proyectos consiste en un diagrama en el que las actividades están representadas con una barra situada a lo largo de una escala cronológica horizontal cuya longitud indica la duración de la actividad. En el gráfico se compara el cronograma de referencia con el cronograma real mediante una barra que se extiende del principio al final de la actividad en el cronograma previsto y otra que va del principio al final en el cronograma real. Si las dos barras se superponen, quiere decir que la actividad se desarrolla dentro de los plazos fijados. En caso contrario, la diferencia indica la demora o el desfase que se ha producido en la ejecución de la tarea. Hay varios programas informáticos de gestión de proyectos en el mercado que permiten trazar y actualizar diagramas de esa clase.

5. Definición de los servicios terapéuticos que se han de ofrecer

El estudio de los tipos de servicios terapéuticos que se necesitan podrá basarse en los resultados de una comprobación o determinación de necesidades inicial, en función de la índole y magnitud del abuso de drogas en una localidad determinada. Además de un programa básico de atención diurna y tratamiento ambulatorio, se suele administrar directamente algún tipo de tratamiento residencial o facilitar el acceso a ese tratamiento. No es raro que un servicio de tratamiento que se inició con características de servicio básico, tal vez como programa de asesoramiento en la comunidad habilitado para remitir casos a programas de internación, evolucione con el tiempo hasta convertirse en un centro de atención ambulatoria y residencial, en que las dos clases de servicios están estrechamente vinculadas y constituyen un programa lógico.

Recuadro 27**Determinación de las fuentes de recursos en Kenya**

Kenya cuenta con escasos servicios de rehabilitación de personas que sufren trastornos causados por el abuso de sustancias. En 1996, un grupo de cuatro expertos en salud mental -tres psiquiatras y un asistente social clínico- decidió crear un centro especializado de tratamiento de esos problemas. Como el concepto de solicitar préstamos para un proyecto de esa índole no era muy común en ese entonces en el sistema bancario de Kenya, no hubo ningún banco dispuesto a prestar dinero a los cuatro promotores, ya que el proyecto se consideraba demasiado arriesgado e incierto.

Se pidió al Servicio de Promoción de los Proyectos Africanos, filial del Banco Mundial, que evaluara oficialmente el concepto del proyecto en nombre de los expertos en salud mental. Después de confirmar su viabilidad, el Servicio intercedió ante el sector bancario keniano para que estructurara la financiación. El proyecto se convirtió en realidad y ha contribuido enormemente al establecimiento de normas de rehabilitación en la región del África oriental.

Recuadro 28**Movilización de profesionales y de la comunidad para crear un centro de tratamiento en Mauricio**

El Centro Dr. Idrice Goomany de Mauricio es un buen ejemplo de cómo puede crearse un centro de tratamiento y rehabilitación gracias a la iniciativa de la comunidad. El alcalde de Port-Louis, preocupado por el súbito aumento del abuso de drogas, reunió a un grupo de asistentes sociales y otros profesionales para estudiar la forma de abordar el problema. Así pues, se decidió crear un centro de tratamiento ambulatorio en el local de un jardín de infantes municipal. El centro comenzó a funcionar a cargo de un equipo de voluntarios sin apoyo financiero alguno. Poco a poco, el equipo fue adquiriendo experiencia, los servicios mejoraron y, con el tiempo, el Estado empezó a aportar fondos para contratar un pequeño número de funcionarios a tiempo completo. Se construyó un nuevo edificio en una parcela arrendada al centro por la municipalidad y se formó un equipo de dedicación exclusiva. El programa sigue funcionando con un presupuesto modesto y goza de mucho prestigio en la comunidad, que utiliza considerablemente los servicios.

En el recuadro 29 figura el ejemplo de un conjunto de servicios que se han establecido en el Oriente Medio. Si bien se dispuso que el nuevo centro contara con una variedad de medios terapéuticos, no todos se aplicaron de inmediato. Los servicios se combinaron conforme a las necesidades y al número de casos remitidos en los primeros meses del centro. La aplicación de ese criterio flexible y progresivo resultó un medio eficiente de gestión de los recursos financieros y de personal.

6. Establecimiento de las políticas y procedimientos del centro de tratamiento

Una tarea fundamental en el proceso de creación de un centro de tratamiento es redactar un protocolo en el que se especifiquen las metas y objetivos del servicio y sus procedimientos de funcionamiento. La clase de personal que se contrate dependerá del tipo de programa, de sus componentes y de los recursos disponibles. Habrá que hacer un análisis para determinar el volumen de personal necesario y la competencia y los conocimientos que debe poseer.

Indudablemente, es indispensable saber desde el principio los recursos financieros con que se contará para determinar los montos de capital y de ingresos que se necesitarán. Hay muchos ejemplos de programas de tratamiento que fracasaron por no haberse aclarado ni convenido lo suficiente con las organizaciones financieras los contratos de

servicios, los ingresos de explotación y los mecanismos de pago. Casi siempre es necesario prever una función específicamente comercial para atender a las cuestiones de gestión financiera.

En lo que respecta a la sostenibilidad de los servicios, cabe observar que el alcance y la índole de los problemas que habrá que abordar cambiarán. Al concebir los servicios deberá preverse la posibilidad de adaptarlos para que sigan cumpliendo su función. Lo ideal sería que estuvieran respaldados por un plan nacional coherente que permitiera planificar y prestar servicios a largo plazo y que no cambiara con demasiada rapidez.

En el cuadro que figura en la pág. V.8 se resumen las especificaciones generales de un programa de tratamiento. Al elaborar un nuevo tratamiento, o estudiar un servicio existente, pueden utilizarse esas especificaciones a efectos de verificar los componentes. Naturalmente, las especificaciones de los tratamientos varían mucho de un país a otro. En el cuadro se recogen los elementos básicos que son comunes a casi todos los contextos.

En el anexo III de la presente *Guía* se da un ejemplo de un programa de rehabilitación residencial para aclarar cómo se aplican los principios enumerados *supra*. Si bien los componentes esbozados (excepto el de alojamiento y alimentación) se aplican a todos los centros de tratamiento, en el caso de un servicio que se preste en la comunidad

tal vez haya que elaborar protocolos con otros componentes. Por ejemplo, además de atender a drogodependientes, esos servicios también pueden atender a personas que tengan problemas relacionados con intoxicaciones y con las primeras etapas de abuso de sustancias. Por consiguiente, lo más probable es que se necesiten protocolos de intervenciones precoces, incluidas las intervenciones breves, a fin de tratar esos problemas o casos de drogode-

pendencia leve. Además, como los programas que se ejecutan en la comunidad muy probablemente estarán vinculados a las actividades de desarrollo comunitario y otras actividades de fomento de la salud, habrá que establecer principios y procedimientos que regulen esa vinculación.

Un programa eficaz de tratamiento en la comunidad dispondrá de protocolos escritos sobre los siguientes componentes:

Recuadro 29 Creación de un centro nacional de tratamiento y rehabilitación en los Emiratos Árabes Unidos

En 2000 el Gobierno de los Emiratos Árabes Unidos inició un plan para crear un centro nacional de tratamiento y rehabilitación en Abu Dhabi. Si bien la información de que se disponía revelaba un bajo índice de prevalencia del abuso de drogas en el país, el proyecto se concibió con objetivos de prevención a largo plazo. En estrecha consulta con funcionarios nacionales, un equipo de expertos internacionales en la materia determinó las necesidades y preparó el plan de ejecución del proyecto. Se descubrieron problemas de dependencia de opioides, cannabis y benzodiazepinas y se comprobó que varios servicios existentes en el país estaban atendiendo a un número escaso, aunque cada vez mayor de personas, con la estrecha colaboración de los sistemas carcelario y de justicia penal. El Gobierno optó por crear un centro provisional dotado de personal básico para poner en marcha el servicio hasta que se diseñase y construyese el centro permanente. Ese primer centro consta de cinco elementos: administración del programa y gestión empresarial, reconocimiento del paciente y planificación del tratamiento, unidad de asesoramiento ambulatorio, unidad de desintoxicación y unidad de rehabilitación.

El programa cuenta con nueve componentes funcionales: servicio de remisión de casos y de determinación de necesidades, desintoxicación y examen físico básico, programas de atención diurna y ambulatoria, programa residencial, seguimiento del postratamiento, actividades de desarrollo y acercamiento en la comunidad, coordinación general de la atención integral, servicio de orientación y asistencia telefónica de urgencia y actividades de investigación y desarrollo.

Tras la renovación de un edificio situado en un lugar céntrico de la ciudad, el centro de tratamiento comenzó a funcionar en 2002 con un equipo mixto compuesto por personal nacional y especialistas en el tratamiento del abuso de sustancias de distintas nacionalidades. Simultáneamente se ha emprendido la labor de diseño y construcción de un nuevo centro especializado permanente en las afueras de la ciudad. Es posible que el centro original se mantenga como servicio "satélite".

- Determinación de las necesidades, tratamiento y atención;
- Determinación del problema e intervención precoces (privativo de los programas que se ejecutan en la comunidad);
- Fomento de la salud y prevención de consecuencias sanitarias y sociales (privativo de los programas que se ejecutan en la comunidad);
- Enlace con la comunidad y participación de ésta (privativo de los programas que se ejecutan en la comunidad);
- Intervenciones en el medio familiar;
- Formación profesional;
- Readaptación social;
- Derechos y responsabilidades del usuario;
- Historias clínicas y archivos del programa;
- Sensibilización, capacitación y desarrollo del personal;
- Planificación, evaluación y mejoramiento de la calidad;
- Gestión.

En el recuadro 30 se resumen las principales cuestiones que se han de abordar en la conceptualización de un centro de tratamiento.

C. Funcionamiento del programa de tratamiento

1. Entorno organizativo

Un servicio de tratamiento de la drogodependencia ha de disponer de un método eficiente y eficaz de gestión que permita rendir cuentas y alcanzar las metas fijadas, lo cual exige una estructura organizativa con responsabilidades bien delimitadas. Un aspecto prioritario es que el personal y la dirección posibiliten un entorno positivo de trabajo. Los factores que contribuyen a crear ese entorno son:

- Que se reconozca el valor de la contribución de cada uno de los miembros del equipo;
- Que los miembros del equipo puedan intercambiar opiniones abiertamente;

Especificaciones de un programa de tratamiento

<i>Elemento</i>	<i>Contenido</i>
Descripción de los grupos de usuarios atendidos	Descripción de las características del grupo destinatario del programa.
Principios básicos	Esbozo de los principios operacionales básicos, conjuntamente con el criterio concreto utilizado por el servicio, y de las razones para que el programa sea eficaz.
Aspectos normativos	Descripción de la estructura de gestión ejecutiva y operacional del programa y de cómo se regula.
Gestión estratégica	Esbozo de la finalidad general del programa y de un plan estratégico.
Dotación de personal	La composición y el volumen de la plantilla.
Información relativa al acceso y la remisión de casos	Descripción clara de la manera de remitir casos al programa; cuáles son los plazos mínimos y máximos de espera; qué personas participan y cómo se gestionan las remisiones del caso, y cómo se documenta el proceso, se verifican sus resultados y se comunican al organismo que remitió el caso.
Criterios de evaluación	Se necesita un método para la evaluación de los pacientes que comprenda las dolencias que se intentará descubrir y evaluar.
Planificación y análisis de la atención	El plan de atención es una descripción por escrito del tratamiento que se administrará y de la evolución prevista. En esos planes se detallan las necesidades concretas de cada paciente y la forma en que las atenderá el servicio (y otros servicios, de ser necesario). El proceso de planificación de la atención debe vigilarse y evaluarse cuidadosamente y revisarse cuando proceda.
Conclusión del tratamiento	Habrà que prever el momento en que el paciente concluya el programa y sea remitido a otro servicio. Ese proceso debe ser supervisado por uno de los principales encargados del tratamiento.
Gestión y desarrollo de los recursos humanos	El programa necesitará contar con una administración y con personal y un equipo de voluntarios (si se utilizan) que posean los conocimientos y la capacidad para cumplir los objetivos del servicio. Las pautas establecidas por la política de contratación, selección y empleo deben garantizar la igualdad de oportunidades y el respeto de la legislación laboral. Tendrá que establecerse una política de gestión de los recursos humanos y un sistema de supervisión y comprobación que sirvan para controlar y motivar al personal y para respaldar su actuación. Deberá crearse un plan anual de capacitación dotado de suficientes recursos y sujeto a revisión periódica.
Entorno físico	Los locales y demás elementos del entorno tendrán que cumplir los requisitos impuestos por los organismos reguladores competentes.
Alojamiento y alimentación	El alojamiento que brinde el programa será confortable y deberá atender a las necesidades de los residentes en lo que respecta a su derecho a la intimidad, la dignidad, el respeto y la independencia personal. Los alimentos y las bebidas que se les suministren deberán ser nutritivos y sanos.
Supervisión de la ejecución y la calidad	Se elaborarán y aplicarán criterios y procedimientos para documentar los servicios y sus resultados e informar al respecto. Los criterios se convendrán con las autoridades competentes y otros órganos externos pertinentes. Se presentarán informes sobre la supervisión de los servicios y sus resultados al órgano rector y demás organismos externos pertinentes, conforme a lo establecido en los contratos.
Régimen de funcionamiento	<p>Los principios y procedimientos básicos pueden abarcar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de ingreso y alta de los pacientes; • Declaración de derechos; • Confidencialidad (historia clínica, etc.); • Procedimiento de presentación de reclamaciones; • Procedimientos para la participación de los usuarios del servicio; • Política relativa al derecho de los usuarios del servicio a que se respete su intimidad; • Política de igualdad de oportunidades; • Entorno y personal del programa; • Política relativa a los visitantes.

Recuadro 30**Creación y administración de un centro de tratamiento: cuestiones fundamentales que se han de abordar***Elaboración del protocolo de tratamiento*

- ¿Qué estilo, contenido y mecanismos de coordinación tendrá el servicio?
- ¿Esos elementos están respaldados por pruebas científicas?
- ¿Responden a las necesidades de los consumidores?
- ¿Qué protocolos se utilizarán para determinar las necesidades y administrar el tratamiento?
- ¿Quiénes participarán en las diferentes etapas del tratamiento? (véase el capítulo VI *infra*)
- ¿Se ha indicado claramente por escrito cuáles son los principios básicos, las políticas y los procedimientos del servicio y la población destinataria?
- Si se ofrecen varias modalidades de tratamiento, deben explicitarse los criterios y algoritmos regulares que se utilizarán para elegir el tratamiento que se administrará al paciente o la modalidad que más le convenga.

Personal^a

¿Qué clase de personal se necesita? El personal puede estar integrado por:

- El director, gerente y administrador del programa;
- Secretarios y demás personal administrativo;
- Un médico general y un psiquiatra;
- Una enfermera general y una enfermera psiquiátrica;
- Asistentes sociales y un agente de enlace con la familia;
- Un psicólogo y un psicoterapeuta;
- Un terapeuta ocupacional;
- Personal de apoyo diverso.

Gestión general

- ¿Cuál será la estructura de gestión?
- ¿Habrá un intercambio de ideas entre el personal, la dirección y la comunidad en general acerca del estilo y el contenido del servicio?
- ¿Están claramente delimitados los ámbitos de responsabilidad?

Gestión financiera

- ¿Qué presupuesto se necesitará para sufragar la creación y prestación del servicio, incluidos los gastos de personal?
- ¿Cuáles serán los mecanismos de rendición de cuentas?
- ¿Al formular el presupuesto se incluyó un mecanismo de verificación de su ejecución?

Gestión del sistema de supervisión de la ejecución

- ¿Se han previsto mecanismos para supervisar y evaluar la prestación del servicio y el sistema de tratamiento y para aprovechar las conclusiones que se extraigan al respecto?
- ¿De qué sistemas se dispone para el registro de los pacientes, de la gestión de los recursos humanos y de la nómina de pagos?

Gestión del personal

- ¿Se han instituido mecanismos de evaluación del personal?
- ¿Se ofrece al personal oportunidades de orientación, perfeccionamiento, capacitación y apoyo?

Gestión de la calidad

- ¿Qué sistemas se utilizarán para mejorar la calidad?
- ¿Hay condiciones especiales de otorgamiento de licencias en relación con el servicio?
- ¿Cuáles son los requisitos en materia de gestión y tecnología de la información?
- ¿De qué datos externos, incluidos los demográficos y epidemiológicos, se dispone para la planificación?
- ¿De qué datos internos se dispone para la supervisión y la evaluación?

^a La composición del equipo técnico (personal médico y de enfermería y asistentes sociales y terapeutas ocupacionales) variará. En algunos contextos será común una estructura predominantemente médica; en otros programas predominarán los trabajadores sociales.

- Que existan mecanismos de solución de conflictos;
- Que se determine periódicamente el grado de satisfacción de los miembros del equipo;
- Que se ofrezca al personal incentivos y recompensas adecuados.

2. Formación del personal

Es innegable que uno de los principales factores determinantes de la eficacia de un programa de tratamiento de la drogodependencia es disponer de un equipo competente y bien preparado que cuente con los recursos que necesita. Todos por igual deben comprender la función y la responsabilidad individual y colectiva que incumbe a cada miembro del equipo. Corresponde a la dirección velar por que el personal reciba apoyo para desempeñar su labor. Una política dotada de recursos suficientes para brindar formación y apoyo al personal dispondrá:

- Que se ofrezca capacitación y otras formas de aprendizaje menos estructuradas en función de lo que el personal necesite para cumplir su labor;
- Que todo el personal sea supervisado y se le informe periódicamente acerca de su desempeño;
- Que se asigne una partida presupuestaria para las actividades de capacitación;
- Que se fomente el establecimiento de redes con el personal de otras entidades terapéuticas.

En los sistemas de tratamiento evolucionados se ha venido estudiando en los últimos años la formación y la calificación profesional que debe tener el personal especializado en tratamiento del abuso de sustancias. Es importante determinar la competencia de cada profesional según la función que cumpla en el programa. Algunos aspectos en que se debe demostrar idoneidad son:

- Los procedimientos de reconocimiento inicial (screening) y determinación de las necesidades de cada programa;
- Conocimiento exhaustivo de los criterios de selección aplicables a una persona que aspira a recibir tratamiento;
- Los métodos para fijar las metas personales de los pacientes y para examinar y dirigir el avance del tratamiento;
- Las aptitudes para brindar asesoramiento y aplicar determinados enfoques psicoterapéuticos.

3. Supervisión del personal

Lo esencial de un sistema de supervisión es proporcionar al personal información sobre los resultados y apoyo adecuado para mejorar la calidad de la atención que brinda,

hacerlo sentir más satisfecho e impedir que se sienta agobiado. Por supervisión se entiende el proceso encaminado a garantizar que el personal encargado del funcionamiento de un centro de tratamiento cumpla sus funciones debidamente, con eficacia y conforme a la competencia básica exigida. En el recuadro 31 se resumen cuestiones relativas a la supervisión del personal y los elementos de un sistema de supervisión.

4. Gestión financiera y presupuestaria

Casi todos los servicios de tratamiento exigen políticas y procedimientos para administrar la corriente de recursos financieros que ingresan al programa y egresan de él. La responsabilidad de garantizar que esos recursos se utilicen y fiscalicen debidamente recae en los proveedores de servicios.

Lo ideal sería que éstos elaboraran una estrategia financiera de mediano a largo plazo en que se previera una planificación financiera a lo largo de un período de tres a

Recuadro 31 Sistema de supervisión del personal

La estructura de la supervisión clínica se suele basar en una entrevista personal de los funcionarios con un superior, aunque también se puede utilizar el debate en grupo. Se emplean diversos métodos como parte de la supervisión, entre ellos, el análisis de los casos que estén a cargo de la persona y conversaciones acerca de problemas que haya enfrentado recientemente y haya resuelto.

El sistema de supervisión del personal deberá:

- Brindar apoyo e información sobre la actuación, ayudar a resolver problemas y ofrecer instrucción;
- Utilizar los éxitos y los fracasos como instrumentos de aprendizaje;
- Prever sesiones planeadas periódicas de supervisión;
- Aprovechar la información relativa a la actuación del personal para ayudarlo a superarse.

La supervisión deberá estar a cargo de alguien con más experiencia que las personas supervisadas.

Los beneficios que se espera obtener del sistema de supervisión son:

- Mejorar la calidad de la atención que se presta;
- Aumentar la confianza del personal en sí mismo y su satisfacción en el empleo;
- Crear un entorno laboral propicio al diálogo abierto;
- Determinar las necesidades del personal en materia de formación.

cinco años. En el plan también se tendrían en cuenta las medidas que se adoptarían y sus efectos en los servicios, por ejemplo, en el caso de que disminuyera el volumen de fondos existentes, y se considerarían las posibilidades de obtener más fondos de otras fuentes que pudieran presentarse.

Un buen proveedor de servicios podrá:

- Crear sistemas, con suficientes salvaguardias, para autorizar, entre otras cosas, el pago de facturas, la firma de cheques y la administración de la caja chica;
- Preparar un presupuesto anual (en el que se determinen claramente los ingresos y los gastos proyectados) para orientar la prestación de los servicios;
- Presentar un estado mensual de la corriente de efectivo y de la situación financiera, en el que se comparen los gastos proyectados con los gastos efectivos;

- Preparar un informe financiero anual, verificado por auditores independientes, que demuestre que se han cumplido las leyes impositivas aplicables.

Un buen proveedor de servicios podrá calcular el costo de los diversos componentes de sus programas. Al respecto, hay un concepto importante, el de “costo unitario”, que se calcula enumerando todos los “insumos” del programa (personal, equipo, medicamentos, suministros, espacio de oficinas y alojamiento, servicios públicos y demás elementos de apoyo) y las unidades de servicio (por ejemplo, el número de sesiones de terapia) que se prestaron en un período determinado, por ejemplo, de 24 horas, en una unidad de hospitalización. El costo unitario puede usarse para calcular el costo global de un programa o sistema en relación con un número de personas en determinado período de presentación de informes, por ejemplo, un ejercicio financiero.

Aspectos fundamentales

Los aspectos fundamentales abordados en el capítulo V de la *Guía* son:

- La elaboración de los servicios de tratamiento debe hacerse con un criterio práctico y basarse en la red de servicios sociales y de atención de la salud de que se dispone;
- El volumen y envergadura de los programas dependerán de las pautas y la magnitud de los problemas de abuso de drogas y de los recursos con que se cuenta;
- Las características y el alcance de los servicios variarán enormemente a nivel mundial, en función de las distintas necesidades, los recursos y las circunstancias socioculturales;
- Habrá que encontrar e incorporar componentes básicos de los servicios que sean pertinentes a las circunstancias del lugar. Habrá un plan general que garantizará que los distintos componentes estén vinculados en forma lógica y práctica. En ese contexto:
 - La atención primaria de la salud en la comunidad debe servir de base a los servicios y se podrá complementar con servicios más especializados en los distritos o a nivel regional;
 - La siguiente etapa es el establecimiento de servicios de tratamiento especializado;
 - Cuando haya una gran demanda de servicios se necesitarán sistemas de tratamiento integrales diversificados y coordinados;
- Una planificación, una organización y una coordinación acertadas son factores esenciales para la creación de buenos servicios. En particular:
 - Establecer objetivos claros y criterios bien definidos para alcanzarlos servirá de base para crear un buen servicio de tratamiento que se irá desarrollando con el tiempo;
 - Elaborar un cronograma por escrito en el que consten claramente los resultados que se espera obtener, las tareas necesarias y los plazos previstos para realizarlas y el encargado de cada una de ellas coadyuvará al desarrollo del proyecto;
 - Una administración racional y una gestión de personal acertada facilitarán la prestación de servicios de muy buena calidad;
- Los planes a largo plazo deberán comprender estrategias de formación y perfeccionamiento del personal y estrategias para ampliar las actividades de investigación y desarrollo.

Bibliografía

Prácticas óptimas

Programa de Asesoramiento sobre Drogas del Plan de Colombo, *Best Practices in Drug Abuse Treatment and Rehabilitation in Asia. A Guidebook* (Colombo, 2002).

Gestión de proyectos

Banner, D. K. y Gagné, T. E., *Designing Effective Organizations* (Sage Publications, Londres, 1998).

Briner, W. y otros, *Project Leadership* (Gower, Aldershot, 1996).

Cleland, D. I. y King, W. R., *Project Management Handbook* (McGraw-Hill, Nueva York, 1993).

Turner, J. R., *The Project Manager as Change Agent* (McGraw-Hill, Nueva York, 1996).

Rainey, H. G., *Understanding and Managing Public Organizations* (Jossey-Bass, San Francisco, 1996).

Obras de consulta en Internet

Association for Project Management

<http://www.apm.org.uk/>

European Addiction Training Institute

<http://www.eati.org>

Integración efectiva de los servicios de tratamiento

No es exagerado decir que todos los sistemas de tratamiento, por muy bien concebidos y dotados de recursos que estén, pueden estar mejor integrados. En muchos países que disponen de sistemas arraigados y evolucionados se está alentando a los distintos servicios de tratamiento y a las instituciones que los prestan a que trabajen de consuno en forma más sistemática. En los capítulos anteriores de la *Guía* se ha destacado reiteradamente la necesidad de mejorar la integración y la coordinación, ya que muchas personas con problemas de abuso de sustancias necesitan una combinación -o una sucesión- de servicios de tratamiento que se presten conforme a un plan adaptado a las necesidades del usuario. El hecho de que una persona necesite un conjunto de tratamientos complementarios por lo general indica el carácter crónico y la gravedad de sus problemas.

En el presente capítulo se examina la cuestión de determinar cuál es la manera más eficaz de coordinar los distintos programas y sistemas de tratamiento.

La información que figura en el presente capítulo ayudará a:

- Aclarar conceptualmente la estructura y los elementos de un sistema de tratamiento;
- Entender cómo funcionaría el sistema de tratamiento;
- Entender la manera de determinar los resultados que espera cada usuario del sistema de tratamiento y cómo obtenerlos.

Dependiendo del número de destinatarios y de la índole y gravedad de los problemas relacionados con las drogas, un sistema de tratamiento integral puede abarcar la administración de cada una de las principales clases de tratamientos estructurados y de acceso directo esbozados en el capítulo II. Cabe considerar que esos servicios forman parte de una respuesta más amplia de carácter sanitario, social y jurídico al abuso de drogas y, como tal, deberían integrarse en esos sistemas. Algunas clases de tratamiento, por lo general, los programas de rehabilitación residencial, se suelen ofrecer a nivel regional. Eso supone la remisión del paciente a un programa radicado en un lugar distante y plantea la necesidad de establecer vínculos con los servicios que se prestan en la comunidad en las etapas de postratamiento y de readaptación social.

El presente capítulo se divide en dos partes. En la parte A se examinan primeramente la definición y las características generales de un sistema de tratamiento y la forma en que debe evolucionar en consonancia con las necesidades de la población. Más adelante se describen las vías de remisión y se da un ejemplo de sistema integral en funcionamiento. En la parte B se examinan los aspectos de funcionamiento y otras cuestiones relacionadas con el reconocimiento inicial del paciente y la determinación de sus necesidades, la planificación del tratamiento y la coordinación de la atención. En esa misma parte también se presenta un criterio para planificar la elaboración y aplicación de un sistema de tratamiento completo o de algunos de sus elementos.

A. Definición y características de un sistema de tratamiento integral

Las personas farmacodependientes suelen sufrir una variedad de otros problemas y con frecuencia tienen abundantes antecedentes penales, carecen de hogar y tampoco disponen de apoyo de los servicios de bienestar social ni de servicios de otra índole. Por consiguiente, es importante que el sistema de tratamiento abarque todos los aspectos y obtenga la colaboración de los organismos locales pertinentes para lograr el máximo de eficacia en el desempeño global de los servicios.

1. Definición de sistema de tratamiento

Un sistema de tratamiento consiste en un grupo de “elementos” interrelacionados o interdependientes de tratamiento y rehabilitación que constituyen una respuesta combinada a los problemas planteados por el abuso de drogas en una región o un país determinado. Si se considera la posibilidad de pasar de un servicio único de tratamiento a una multiplicidad de proveedores de servicios, los factores que determinarán la expansión serán la índole y magnitud de la demanda de tratamiento de la población, que superarán la competencia o la capacidad de atención del proveedor individual.

2. Elementos de un sistema de tratamiento integral

Muchas personas quizá necesiten, con el tiempo, varios tipos diferentes de servicios de tratamiento (es decir, una atención continuada). Es bastante frecuente que una persona tratada por un solo servicio reciba apoyo, además, en materia de bienestar social y otros servicios de inserción en la sociedad prestados por otros organismos (por ejemplo, facilidades para la vivienda y asistencia letrada). Suele ocurrir también que diferentes organismos presten servicios sucesivamente (por ejemplo, desintoxicación, atención residencial y asesoramiento en régimen ambulatorio). Ese respaldo es un elemento importante en un conjunto de servicios de atención que pueden evolucionar en el curso del tratamiento de un paciente. En el recuadro 32 figura el ejemplo de la estructura básica de un sistema de tratamiento en el que se integran distintos tipos de servicios. En el recuadro 33 se describe un sistema de tratamiento integral más complejo.

En un sistema integral de atención de la salud, todos los organismos participantes deben contribuir a la coordinación de los servicios que se prestan. Las personas que necesitan tratar su drogadicción pueden recurrir a cualquiera de los servicios de individualización y remisión de casos indicados al pie del recuadro 32. La índole exacta de los vínculos oficiales deberá ser determinada por el sistema y los acuerdos contractuales y de colaboración en vigor.

Un sistema completamente integral se caracteriza por su buena coordinación y por la vinculación e integración de los diversos elementos de apoyo y tratamiento generales y especializados. En los grandes sistemas de tratamiento de gran envergadura eso supone una variedad de organismos y de organizaciones estratégicas de apoyo y financiación que trabajan de común acuerdo. Sucede también a veces que en una determinada localidad hay un solo organismo especializado que ofrece una amplia variedad de servicios de tratamiento y cumple numerosas funciones de apoyo administrativo, entre ellas la de investigación. Sin embargo, es más común que haya varios organismos. Esos proveedores, se trate de uno o de varios, muy probablemente entrarán en contacto, en el curso de su labor, con un conjunto de servicios generales y especializados que no atienden casos de drogodependencia. Cabe señalar que la coordinación eficaz también reporta ventajas en el caso de sistemas de tratamiento relativamente pequeños. Por ejemplo, en el contexto de un equipo de atención primaria de la salud, es conveniente que existan vínculos eficaces con un organismo especializado y un servicio general de asistencia social de apoyo con miras a la remisión de casos entre los tres servicios en función de las necesidades de tratamiento y rehabilitación.

Los vínculos con organismos de enseñanza, empleo y bienestar social, así como con el sistema de justicia penal, son factores importantes de todo sistema de tratamiento integral. En el recuadro 34 se ilustra el proceso de diversificación y vinculación de los servicios de tratamiento.

Recuadro 32 **Ejemplo de los elementos de un sistema de tratamiento**

A continuación figura el ejemplo de un sistema de tratamiento que podría aplicarse en zonas con una población de 300.000 a 500.000 habitantes.

<i>Índole del servicio</i>	<i>Proveedor u organización</i>
Tratamiento residencial especializado	Programas de internación y residenciales Programas de rehabilitación residencial
Tratamiento especializado en la comunidad	Programas de asesoramiento y programas ambulatorios Programas de tratamiento especializado en la comunidad
Servicios generales y especializados en la comunidad	Organismos de servicios sociales y de bienestar social Servicios de salud mental en la comunidad
Servicios generales de acceso directo	Atención primaria de la salud Servicios hospitalarios de urgencia Otros servicios de atención hospitalaria
Reconocimiento inicial y remisión de casos	Órganos dependientes del sistema de justicia penal Servicios para los jóvenes Organizaciones de enseñanza y empleo Organizaciones comunitarias

Recuadro 33**Ejemplo de un sistema de tratamiento integral en funcionamiento: marco de modelos de atención en el Reino Unido**

A continuación se describe la forma de conceptualizar un sistema de tratamiento en función de niveles o “grados” de servicio. Las ideas que sirven de base al ejemplo, elaboradas por varias organizaciones y extraídas de varios proyectos, se presentan a título ilustrativo. Se describe un sistema en niveles que se ha promovido en el Reino Unido y la forma en que funciona.

El sistema comprende un conjunto de proveedores de servicios generales y especializados y varios organismos y servicios que pueden entrar en contacto con drogodependientes en el curso de su labor (por ejemplo, organismos de voluntarios y líneas telefónicas de ayuda). Estas últimas son importantes porque pueden ofrecer orientación breve y remitir a las personas a un sistema de tratamiento, según proceda.

Los elementos del sistema no siguen un orden vertical fijo; tan es así que todos los servicios, generales o especializados, pueden remitir casos a cualquiera de los servicios que figuran en un nivel superior o inferior.

A. Servicios generales que no se ocupan especialmente de la atención de adictos

Los servicios generales que no se ocupan especialmente de la atención de adictos pueden comprender una gran variedad de servicios generales que pueden entrar en contacto con muchas personas con problemas de abuso de drogas de distinta gravedad. Las autoridades que administran la libertad condicional y la libertad vigilada y los organismos de bienestar social y de atención primaria de la salud son algunas de las entidades que tienen la posibilidad de prestar servicios de reconocimiento inicial y de intervenir oportunamente en casos de consumo problemático de drogas. También sirven de vía de acceso al sistema de tratamiento de la drogadicción propiamente dicho.

B. Servicios de acceso directo

En el segundo nivel están los organismos especializados (con frecuencia, organizaciones no gubernamentales) que atienden especialmente a consumidores de drogas. Ese conjunto de servicios aborda las necesidades básicas de las personas con problemas de drogas y los daños relacionados con el abuso de sustancias sin insistir necesariamente en que intenten dejar de utilizarlas. A esa categoría pertenecen los servicios de orientación e información, los de apoyo sin solicitar consulta, las entrevistas motivacionales y las intervenciones breves, los servicios de acercamiento de calle, el intercambio de jeringuillas (en farmacias, organismos y mediante programas de acercamiento), los tratamientos de bajo umbral o con exigencias mínimas y la determinación de necesidades y gestión de la atención especialmente en relación con el abuso de sustancias.

C. Servicios de tratamiento estructurado en la comunidad

Los servicios de tratamiento estructurado en la comunidad consisten en servicios especializados (por lo general multidisciplinarios) dotados de los recursos necesarios para administrar tratamiento y remitir casos. Comprenden asesoramiento planificado y psicoterapia, programas estructurados de atención ambulatoria, desintoxicación estructurada en la comunidad, tratamiento estructurado de mantenimiento con metadona y programas estructurados de postratamiento.

D. Servicios residenciales especializados de tratamiento

Este cuarto nivel comprende principalmente servicios especializados que ofrecen programas intensivos y estructurados en entornos residenciales, hospitalarios u otros entornos controlados. Algunos de los servicios de intervención de urgencia comprendidos en este nivel son de acceso directo y para otros el paciente tiene que ser remitido oficialmente por un organismo de atención de la salud o de bienestar social. Los servicios de este nivel comprenden, por ejemplo, unidades de internación de drogodependientes y camas asignadas a casos de drogodependencia en unidades de psiquiatría, tratamientos de rehabilitación residencial, servicios de rehabilitación materno-infantil, unidades para drogodependientes jóvenes, centros especializados en atención de urgencia y servicios residenciales para casos de comorbilidad.

En este modelo se supone que el paciente podrá utilizar simultáneamente servicios del mismo o distinto nivel, según sus necesidades. El modelo puede consultarse en el sitio <http://www.doh.gov.uk/nta/modelsofcarefull.pdf>.

Recuadro 34**Diversificación y vinculación de los servicios de atención de consumidores de drogas por inyección: tratamiento de sustitución de opiáceos en Lituania**

En 1995, dos expertos lituanos participaron en un viaje de estudio de programas para drogadictos en Londres y Amsterdam, con el apoyo del Programa PHARE de la Comisión Europea. Posteriormente, el Ministerio de Salud celebró una serie de reuniones para examinar la posibilidad de introducir programas experimentales de tratamiento de sustitución en Lituania. El Ministerio organizó cursos de capacitación pertinentes en Suecia y elaboró, además, las primeras directrices nacionales en la materia en mayo del mismo año.

Como servicios complementarios de los programas del Centro de Tratamiento de la Drogadicción se introdujeron el tratamiento de sustitución y un programa de intercambio de jeringuillas. Se utilizaron recursos existentes de personal e instalaciones, y en la actualidad el tratamiento de sustitución constituye, junto con el de desintoxicación en régimen de internación y el de rehabilitación sin drogas, la principal opción terapéutica en Lituania. La actual variedad más amplia de servicios y vínculos con otras instituciones y organizaciones comunitarias brinda mejores oportunidades para atender a las necesidades de los usuarios en las distintas etapas de tratamiento. Gracias a la introducción de nuevas modalidades, se puede abarcar un grupo más amplio de consumidores de drogas por inyección y prestarles servicios de prevención de la infección por el VIH.

Cuando un adicto solicita tratamiento, el médico lo examina y lo remite a los servicios pertinentes, según lo que haya determinado acerca de sus motivaciones y necesidades. Si el paciente cumple los criterios clínicos para recibir tratamiento de sustitución, se le remite a una comisión que analiza su caso para ver si puede ingresar en el programa correspondiente. A continuación, el paciente es asignado a un médico que se encargará de elaborar y ejecutar el plan de tratamiento. El plan comprende análisis para la detección del VIH, de infecciones de transmisión sexual y de la tuberculosis, así como exámenes médicos corrientes y consultas con un médico internista. También hay un asistente social que se encarga de determinar las necesidades a fin de formular recomendaciones para la rehabilitación social de la persona. Los asistentes sociales alientan y ayudan a los usuarios a inscribirse en la oficina del seguro de desempleo, que puede ofrecer formación profesional y ayuda para encontrar trabajo. Por otra parte, el Centro Lituano de Lucha contra el SIDA, el Centro Municipal de Bienestar Social de Vilnius y varias instituciones de beneficencia ayudan a las personas en sus respectivas esferas de competencia.

Los pacientes suelen iniciar el tratamiento de sustitución en una clínica especializada y, una vez que se han estabilizado su estado físico y su situación social, pueden ser transferidos a un centro de atención primaria de la salud, en el que estarán al cuidado de un médico general. Tres de estos centros colaboran con el programa de sustitución del Centro de Tratamiento de la Drogadicción de Vilnius, en tanto que otros brindan atención médica general a solicitud de aquél. Los centros de atención primaria de la salud ofrecen un marco para el tratamiento de los usuarios de drogas por inyección que no los estigmatiza. Se considera que el programa de iniciación en dos etapas en el tratamiento de sustitución, en que el paciente se atiende al principio en una clínica especializada, y después, en la etapa de estabilización, es remitido a una institución no especializada atendida por médicos generales, brinda un mejor nivel de atención individualizada.

Las evaluaciones del programa de tratamiento de sustitución, basadas en estadísticas clínicas, se presentan anualmente al Ministerio de Salud. Actualmente hay 2.000 consumidores de drogas por inyección inscritos en programas de sustitución en Vilnius, si bien se estima que el número total de esos toxicómanos es de 4.500 a 5.000. En 2001, 525 pacientes de la consulta externa recibían tratamiento de sustitución y se atendió a 3.600 usuarios de drogas por inyección en el marco de los servicios de acercamiento, incluidos 360 pacientes habituales que utilizaban esos servicios varias veces por mes. De esta manera, el programa de tratamiento de sustitución, junto con el de intercambio de jeringuillas, a cargo de los servicios de acercamiento, atendió del 50% al 60% del número estimado de consumidores de drogas por inyección de Vilnius. El porcentaje de permanencia en tratamiento en 2000-2001 fue de alrededor del 75%, lo que se consideró satisfactorio, y se registró una tasa de deserción del 4% al 6% anual.

Fuente: Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned, Case Studies Booklet—Central and Eastern Europe and the Central Asian States, Naciones Unidas, 2001, págs. 26 a 30.

3. Principales formas de remisión de casos al sistema de tratamiento

Es importante especificar las principales formas de remisión de casos al sistema de tratamiento. En la práctica pueden entrar en juego procesos muy complejos de adop-

ción de decisiones en cuanto a la determinación y remisión de las personas que recurren al sistema. Es fundamental determinar las necesidades de los usuarios y asignarles el servicio adecuado de atención dentro del sistema. En eso influirán las necesidades inmediatas y las que surjan durante el tratamiento y en el postratamiento.

Un sistema de tratamiento debe poder recibir a las personas que se presentan por su propia iniciativa y a las remitidas por familia y amigos, por médicos generales (y equipos de atención primaria de la salud), por servicios comunitarios, por servicios especializados, por órganos del sistema de justicia penal y por otros servicios pertenecientes al sistema de tratamiento.

4. Vías de atención integral

En muchas esferas de atención de la salud y bienestar social se usa cada vez más el método de vías de atención integral para determinar y alcanzar los resultados deseados por cada usuario. El método se conoce con distintos nombres, por ejemplo, vías esenciales de atención, protocolos de tratamiento, vías previstas de recuperación, algoritmos de tratamiento, normas de atención y puntos de referencia. Todos ellos tienen por objeto crear un consenso profesional y normalizar los elementos de la atención con objeto de aumentar su eficiencia, eficacia y rentabilidad.

En una vía de atención integral se describen, fundamentalmente, el carácter y desarrollo del tratamiento de un paciente en particular, el plan predeterminado de tratamiento y los resultados previstos. Los componentes de la atención que se preste en los distintos niveles de tratamiento deberán facilitar la coordinación vinculando entre sí e integrando los distintos servicios en sentido horizontal y vertical. Para eso hace falta disponer de mecanismos idóneos de remisión de casos y de comunicación de los resultados correspondientes a la entidad que los remitió. En la esfera del tratamiento del abuso de drogas se recomienda elaborar vías de atención integral por diversas razones:

- Los adictos pueden tener dificultades de diversa índole que exijan una coordinación eficaz del tratamiento;
- Los resultados del tratamiento y la rehabilitación pueden ser óptimos si participan varios organismos de atención general y especializada;
- Una persona puede necesitar atención continuada que exija remitirla a otro nivel de servicio con el tiempo.

Las vías de atención integral se asemejan a un organigrama detallado en el que se representan las distintas etapas del programa de tratamiento de los pacientes. Cabe señalar que también puede representarse el paso de los pacientes de un servicio a otro en el caso de necesitar un tratamiento continuado. Por ejemplo, un modelo de vía de atención integral de un programa de sustitución con metadona podría representar la forma en que el paciente pasa por las siguientes etapas: incorporación al tratamiento e inducción de la dosis de metadona, estabiliza-

Recuadro 35 Ejemplo de vías de atención integral para programas de sustitución de opioides en la comunidad

- Paso 1:** Reconocimiento inicial (screening) y selección de la forma de intervención (triage)
↓
- Paso 2:** Evaluación integral del paciente (apoyo mientras está en lista de espera)
↓
- Paso 3:** Iniciación del tratamiento: inducción de la dosis y planificación del tratamiento
↓
- Paso 4:** Estabilización (mantenimiento) Servicios de asesoramiento y apoyo
↓
- Paso 5:** Observación y examen (cada 90 días) (se repite el ciclo a partir el cuarto paso)
↓
- Paso 6:** Abstinencia con supervisión médica (en régimen de internación o en la comunidad)
↓
- Paso 7:** Planificación del alta (atención continuada o prevención de recaídas)
↓
- Paso 8:** Programa de apoyo en la comunidad o programa de rehabilitación residencial
↓
- Paso 9:** Seguimiento periódico

ción/mantenimiento, reducción/privación y apoyo al postratamiento en la comunidad. Una característica especial de las vías de atención integral es lo que se denomina observación de variancias. Este concepto supone verificar si el tratamiento se ha apartado del curso previsto y examinar las causas para mejorar la vía de atención en consecuencia. En este sentido, las vías de atención integral son parecidas a las técnicas de auditoría. En el recuadro 35 figura el ejemplo de un modelo simplificado de vía correspondiente a un programa de sustitución de opioides en la comunidad. El ejemplo se presenta únicamente a título ilustrativo.

5. Adaptación a las condiciones locales

Independientemente de su complejidad y de su grado de integración, un tratamiento ha de ser flexible y capaz de responder a la problemática siempre cambiante del abuso de drogas en los planos nacional y local. Por ejemplo, puede ser que aparezcan nuevas drogas en el mercado al surgir canales ilícitos de distribución y que aumente el consumo de ciertas drogas en combinación con otras. También puede haber un cambio en la configuración de los servicios que atienden a los consumidores de drogas.

Recuadro 36**De la heroína a la metanfetamina: nuevo perfil de los problemas de drogas en Tailandia**

Hasta hace poco los opioides constituían el problema de drogas más grave en Tailandia. En la primera mitad del decenio de 1990, más del 90% de las personas que solicitaban tratamiento eran consumidores de opioides. La mayoría de ellos estaban desempleados o eran trabajadores no calificados adultos, jóvenes y de mediana edad, y muchos consumían varias sustancias. Como algunos se inyectaban heroína, la infección por el VIH causada por la administración por vía intravenosa era motivo de preocupación. Los principales criterios terapéuticos que se aplicaron fueron los programas de desintoxicación con internación y de rehabilitación a corto plazo en vastos entornos terapéuticos.

Desde mediados del decenio de 1990 han cambiado drásticamente los hábitos de abuso de drogas ilícitas, ya que el número de usuarios de metanfetamina sobrepasa el de consumidores de heroína. Si bien el número de casos de incautación de heroína se redujo de 40.904 en 1995 a 6.571 en 1999, los casos de incautación de metanfetamina aumentaron considerablemente, de 20.379 a 129.204, durante el mismo período. Los nuevos casos clínicos relacionados con la metanfetamina pasaron de un porcentaje insignificante de 0,2% de la demanda total de tratamiento en 1990 a 9% en 1996 y a 33% en 1999. Las características de los consumidores de metanfetamina y de opioides son muy diferentes. Se ha acentuado notablemente el consumo de metanfetamina entre los jóvenes, en especial los estudiantes. El consumo de drogas en general de los alumnos secundarios y universitarios se duplicó entre 1994 y 1998 (de 72.000 a 190.000 casos) y parece haberse duplicado nuevamente en 1999 (463.000 casos). Muchos de ellos sólo utilizan metanfetamina. Habida cuenta de que rara vez la administran por vía intravenosa, la infección por el VIH no es motivo especial de preocupación. Sin embargo, el riesgo de infección por mantener relaciones sexuales sin protección puede ser elevado. Otro problema que se plantea es que la mayoría de los consumidores de metanfetamina no son conscientes de su problema de dependencia.

Para hacer frente al creciente problema de la metanfetamina, se han adaptado los programas de tratamiento psicosocial que formaban parte del tratamiento del abuso de opioides al tratamiento de los consumidores de metanfetamina. Recientemente se ha iniciado la aplicación de dos criterios importantes para el tratamiento de problemas de farmacodependencia (principalmente los derivados del consumo de metanfetamina). Bajo la supervisión de consultores estadounidenses se capacitó a cientos de profesionales de la salud de todo el país para que ejecutaran un programa de tratamiento psicosocial adaptado del "modelo Matrix", programa formulado en los Estados Unidos para usuarios de sustancias psicoestimulantes.

Un buen ejemplo es el aumento de las intervenciones de los órganos de justicia penal en varios países en los últimos años, lo que exige una integración cuidadosa en el sistema de tratamiento. En el recuadro 36 se reseñan los cambios que se han observado en Tailandia en lo que respecta a los problemas de drogas.

B. Funcionamiento del sistema: procesos de evaluación integral del usuario

En el marco de un sistema de tratamiento integral se debe poder individualizar los problemas que sufren los pacientes, efectuar un análisis breve de selección de la intervención y estructurar luego un plan integral y continuado de evaluación a medida que se administre uno o más tratamientos y se presten servicios de apoyo. A continuación se describen esos aspectos.

1. Reconocimiento inicial (screening)

El reconocimiento inicial es un procedimiento rápido encaminado a individualizar a las personas que presentan un trastorno determinado. En medicina general, normalmente consiste en observar un factor de riesgo, un signo del trastorno o alguna fase temprana sintomática. Para que sea rentable, una prueba de reconocimiento inicial debe ser sencilla, precisa y válida. También ha de ser aceptable para las personas que se sometan a ella y debe estar vinculada a otros procedimientos de diagnóstico.

Si bien no basta para diagnosticar trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el reconocimiento inicial sirve de alerta a los encargados de determinar las necesidades de la persona. En el reconocimiento inicial se utiliza un procedimiento rápido de detección para: *a)* individualizar a las personas que podrían padecer un trastorno derivado del abuso de sustancias; y *b)* remitir a la persona a un servicio adecuado para que se le administre el tratamiento inmediato que pueda necesitar y posteriormente se seleccione la forma de intervención aplicable. Cabe observar que la persona sometida a un reconocimiento inicial también puede presentar problemas personales o interpersonales inmediatos, independientes o indirectamente relacionados con la farmacodependencia, que deben ser atendidos por servicios no especializados.

En el contexto de un programa de tratamiento de sustitución, el reconocimiento inicial conlleva detectar la presencia de signos y síntomas de dependencia. Por ejemplo, si se emplea ese procedimiento en la sustitución de opioides, quedarán excluidas del procedimiento para determinar la necesidad de prescribir ese tratamiento las personas

que no tienen tolerancia a los opioides. El reconocimiento inicial puede basarse en la información facilitada por el propio paciente y en investigaciones biológicas.

Existe una expectativa cada vez mayor de que los profesionales que prestan servicios generales de atención de la salud y bienestar social (es decir, los proveedores de servicios que no se especializan en farmacodependencia, como los médicos generales, los departamentos de atención de accidentados y de urgencia y los servicios sociales infantiles y familiares) puedan llevar a cabo un reconocimiento inicial básico para determinar casos de abuso de drogas.

Recientemente se ha publicado el cuestionario sobre hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas, primer cuestionario general de reconocimiento del consumo de todas las sustancias psicoactivas [13]. En el recuadro 37 se resumen las preguntas y en el anexo IV figura otro ejemplo de un breve formulario de la misma índole.

2. Selección de la forma de intervención (triage)

La selección de la forma de intervención en casos de abuso de sustancias es realizada por servicios especializados en el tratamiento de esos problemas. El objetivo es determinar, en el punto de primer contacto con el servicio, el tipo de tratamiento más indicado para atender a las necesidades

y preferencias de la persona y el grado de urgencia del caso, que determinará la respuesta necesaria. Ese proceso entraña la diagnosis de la índole y gravedad del problema. En el anexo V figura un formulario de evaluación y en el recuadro 38 se resume el proceso básico correspondiente.

3. Evaluación integral

El tercer tipo de evaluación puede calificarse de integral. La realizan profesionales capacitados de los servicios de tratamiento del abuso de sustancias y es adecuada para personas con problemas en distintos ámbitos y cuyas necesidades complejas probablemente exijan intervenciones terapéuticas más estructuradas e intensivas. En las evaluaciones integrales suelen abordarse seis medidas básicas del desempeño personal y social del usuario: *a)* estado de salud; *b)* situación laboral y apoyo institucional; *c)* consumo de drogas y alcohol y problemas conexos; *d)* situación legal y actividades delictivas; *e)* relaciones familiares y sociales; y *f)* estado mental.

El objetivo principal de la evaluación es efectuar un análisis funcional y determinar el mejor tipo de respuesta. Eso implica un análisis pormenorizado de los antecedentes, el contexto, las perspectivas y las consecuencias del abuso de drogas por parte del usuario. Dado que muchas personas son grandes consumidores problemáticos de más de una droga, en la evaluación se deberían considerar las consecuencias de toda una serie de sustancias. Determinar la vía

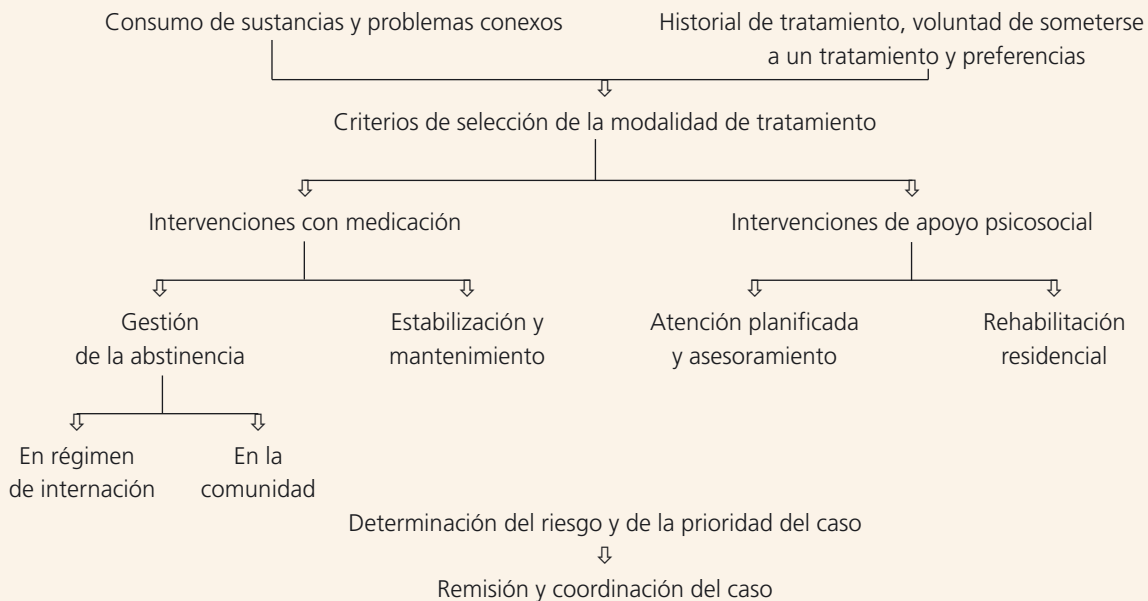
Recuadro 37

Cuestionario sobre hábitos de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas

- P1. ¿Ha consumido alguna vez en su vida alguna de las siguientes sustancias? (productos del tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, estimulantes, sustancias inhalables, sedantes/hipnóticos, alucinógenos, opioides y "otras" drogas únicamente para fines no médicos)? 0 = No; 1 = Sí.
- P2. ¿Ha consumido en los tres últimos meses la o las sustancias que indicó anteriormente? 0 = Nunca; 1 = Una o dos veces; 2 = Una vez por mes; 3 = Una vez por semana; 4 = Diariamente o casi diariamente.
- P3. ¿Cuántas veces ha sentido un fuerte deseo o impulso de consumir (la primera droga, etc.) en los tres últimos meses? 0 = Nunca; 1 = Una o dos veces; 2 = Una vez por mes; 3 = Una vez por semana; 4 = Diariamente o casi diariamente.
- P4. ¿Con qué frecuencia ha tenido en los tres últimos meses problemas de salud, interpersonales, judiciales o financieros debido a su hábito de consumir (la primera droga, etc.)? 0 = Nunca; 1 = Una o dos veces; 2 = Una vez por mes; 3 = Una vez por semana; 4 = Diariamente o casi diariamente.
- P5. ¿Cuántas veces se ha visto imposibilitado de hacer en los tres últimos meses lo que normalmente se esperaba de usted por el hecho de haber consumido (la primera droga, la segunda droga, etc.)? 0 = Nunca; 1 = Una o dos veces; 2 = Una vez por mes; 3 = Una vez por semana; 4 = Diariamente o casi diariamente.
- P6. ¿Algún amigo o familiar o alguna otra persona ha expresado preocupación por su hábito de consumir (la primera droga, etc.)? 0 = No, nunca; 2 = Sí, en los tres últimos meses; 1 = Sí, pero no en los tres últimos meses.
- P7. ¿Ha tratado de controlar o disminuir el consumo de (la primera droga, etc.) o de dejar de consumirla? 0 = No, nunca; 2 = Sí, en los tres últimos meses; 1 = Sí, pero no en los tres últimos meses.
- P8. ¿Alguna vez ha consumido una droga por inyección (únicamente para fines no médicos)? 0 = No, nunca; 2 = Sí, en los tres últimos meses; 1 = Sí, pero no en los tres últimos meses.

Recuadro 38

Estructura simplificada de un proceso de evaluación



de administración de la droga también tiene importancia clínica, puesto que el consumo de drogas por inyección puede provocar problemas médicos específicos, entre ellos, hepatitis viral, VIH, septicemia, abscesos subcutáneos y endocarditis.

Además de evaluar las consecuencias del consumo de drogas, la amenaza que plantean la infección por el VIH y otras enfermedades transmisibles ha demostrado la importancia de evaluar ciertas prácticas sexuales y en materia de consumo de drogas que constituyen comportamientos de riesgo (por ejemplo, compartir el material de inyección o mantener relaciones sexuales sin protección). Una tarea importante de la evaluación es determinar los obstáculos que se oponen al cambio de comportamiento y a mantener ese cambio. Esos obstáculos pueden ser problemas psicológicos (por ejemplo, ansiedad, estados de ánimo negativos y comorbilidad psiquiátrica), problemas sociales e interpersonales (por ejemplo, convivir con una pareja toxicómana o consumidora ocasional de drogas) y cuestiones ambientales (por ejemplo, facilidad de acceso a las drogas).

Se han elaborado varios instrumentos de evaluación integral. Uno de los más utilizados es el índice de gravedad de la adicción y su versión simplificada, el índice sumario de gravedad de la adicción. Con él se determina la magnitud de los problemas del usuario en siete esferas:

estado de salud; situación laboral y apoyo institucional; consumo de drogas; consumo de alcohol; situación legal; situación familiar y social, y estado mental. Un entrevistador experimentado puede reunir información valiosa de distinta índole sobre las necesidades del usuario. En el anexo VI se muestra el índice sumario de gravedad de la adicción. Otro ejemplo de instrumento de evaluación multidimensional muy detallada, elaborado en Chicago, es la determinación global de las necesidades individuales. En ella se combinan evaluaciones de problemas clínicos y sociales con escalas de investigación y medidas del comportamiento con las que se registran los problemas del momento y los que surjan en el seguimiento con fines de observación y evaluación de los resultados (véase <http://www.chestnut.org/LI/gain/index.html>).

4. Características y criterios de selección

Normalmente el usuario tiene que cumplir requisitos de selección para ser admitido a un programa de tratamiento estructurado. En el recuadro 39a se muestra un ejemplo de criterios de selección que se podrían considerar parte del proceso de asignación del tratamiento a los usuarios. Se presenta únicamente a título ilustrativo y no se debe utilizar para la gestión clínica sin introducir las adaptaciones necesarias en el sistema de tratamiento de que se trate. Al respecto, el lector debe consultar la bibliografía que figura al final del presente capítulo.

Recuadro 39a**Criterios de selección de un programa de desintoxicación en la comunidad**

El usuario debe cumplir los criterios a) a d) y e) o f):

- a) Durante los últimos seis meses se cumplen los criterios de diagnóstico de dependencia de sustancias (con dependencia fisiológica) y se confirma el consumo real, verificado objetivamente;
- b) El usuario actualmente tiene tolerancia a una o más clases de sustancias, de manera que si se interrumpe bruscamente el consumo aparecerán síntomas de abstinencia;
- c) El usuario prefiere un programa de desintoxicación en la comunidad o está dispuesto a recibir ese tipo de tratamiento;
- d) Hay una expectativa razonable de que el usuario pueda cumplir un programa completo de desintoxicación en la comunidad;
- e) Es probable que los síntomas de abstinencia ulteriores a la cesación del consumo de la o las principales sustancias presenten pocas complicaciones;
- f) El usuario recibe un nivel razonable de apoyo familiar o social.

Recuadro 39b**Criterios de selección de un programa de desintoxicación en régimen de internación**

El usuario debe cumplir los criterios a) a d) y e) o f)

- a) Durante los últimos seis meses se cumplen los criterios de diagnóstico de dependencia de sustancias (con dependencia fisiológica) y se confirma el consumo real, verificado objetivamente;
- b) El usuario actualmente tiene tolerancia a una o más clases de sustancias, de manera que si se interrumpe bruscamente el consumo aparecerán síntomas de abstinencia;
- c) El usuario manifiesta una clara preferencia por un programa de desintoxicación en régimen de internación, o está dispuesto a recibir ese tipo de tratamiento;
- d) El tratamiento previo o la experiencia previa de desintoxicación, el consumo de drogas u otras características del usuario indican que no es probable que pueda cumplir un programa completo de desintoxicación en la comunidad;
- e) Es probable que los síntomas de abstinencia ulteriores a la cesación del consumo de la o las principales sustancias sean graves o complejos;
- f) En el entorno social del usuario hay una o más personas (por ejemplo, la pareja, o amigos o conocidos) que consumen sustancias y que probablemente socavarán la decisión o la capacidad del usuario de participar en un programa ambulatorio y plantean un riesgo inmediato de recaída.

Recuadro 39c**Criterios de selección de un programa de asesoramiento en la comunidad (sin drogas)**

El usuario debe cumplir los criterios a) a d):

- a) El usuario cumple los requisitos para el diagnóstico de dependencia o consumo de sustancias en los últimos seis meses;
- b) El usuario prefiere un programa de asesoramiento en la comunidad o aceptará una evaluación para recibir ese tipo de tratamiento;
- c) El usuario tiene la motivación suficiente para intentar cambiar su comportamiento a fin de reducir los daños (exponerse a menos riesgos) o abstenerse de consumir la o las principales sustancias que le causan problemas (conforme a la orientación o enfoque propios del programa de asesoramiento);
- d) Hay motivos razonables para suponer que el usuario podrá asistir al tratamiento y cumplir las normas y reglamentaciones que se apliquen en el programa de asesoramiento;
- e) Hay niveles razonables de apoyo familiar, relacional o de amigos que reducen el riesgo de abuso sostenido de drogas o de recaída en el abuso de drogas que impediría la asistencia al programa.

Recuadro 39d

Criterios de selección de un tratamiento de sustitución

El usuario debe cumplir los criterios a) a c) y d) o e):

- a) Durante los últimos seis meses se cumplen los requisitos para el diagnóstico de dependencia de sustancias (con dependencia fisiológica) respecto de opioides o anfetaminas;
- b) El usuario prefiere un tratamiento de sustitución o aceptará una evaluación para asistir a un programa de estabilización/mantenimiento en la comunidad;
- c) En la actualidad el usuario tiene tolerancia a opioides o anfetaminas (lo que se ha demostrado mediante una verificación objetiva) y la cesación brusca del consumo hará aparecer el síndrome de abstinencia característico;
- d) Hay motivos razonables para suponer que el usuario podrá asistir al tratamiento y cumplir las normas y reglamentaciones que se apliquen en el programa de sustitución;
- e) El usuario no puede contraer un compromiso inmediato de abstinencia debido a la naturaleza de su farmacodependencia y necesita un período de estabilización/mantenimiento y observación con un tratamiento de sustitución adecuado y otra farmacoterapia complementaria, tras lo cual se evaluarán una vez más las metas de tratamiento.

Recuadro 39e

Criterios de selección de un programa de rehabilitación residencial (sin drogas)

El usuario debe cumplir los criterios a) a e) y f) o g).

- a) Durante los últimos seis meses el usuario ha cumplido los requisitos para el diagnóstico de dependencia de sustancias;
- b) El usuario manifiesta el deseo de seguirse absteniendo de consumir las drogas de que dependía anteriormente y prefiere ser admitido en un programa de rehabilitación residencial, o acepta iniciar ese tipo de tratamiento;
- c) El usuario ha terminado la desintoxicación y no experimenta un malestar considerable debido a la abstinencia;
- d) Es probable que el usuario tenga serios problemas para mantener la abstinencia debido a la gravedad de su farmacodependencia;
- e) El usuario necesita un programa de asesoramiento psicosocial y rehabilitación que se ejecute preferiblemente en un entorno residencial 24 horas al día;
- f) El usuario vive en un entorno de privación social, incluso con problemas de alojamiento o de inestabilidad de éste, lo que plantea una amenaza de recaída;
- g) En el entorno social del usuario hay una o más personas (por ejemplo, la pareja, o amigos o conocidos) que consumen sustancias y que probablemente socavarán la decisión o la capacidad del usuario de mantener la abstinencia.

5. Plan de tratamiento

Todos los tratamientos estructurados se deben administrar de conformidad con un plan de tratamiento escrito e individual para cada usuario. Debe ser un proceso de colaboración e incluir una evaluación realizada conjuntamente con el usuario, no del usuario. Se deben tener en cuenta los puntos de vista y las motivaciones de los usuarios, así como sus apoyos y problemas personales y sociales. En el documento del plan de tratamiento se debe:

- Describir a los usuarios y su situación personal, social, económica y jurídica;
- Mostrar comprensión y tener en cuenta los aspectos culturales, étnicos y religiosos del usuario, así como su sexo y su sexualidad;
- Describir los problemas que presenta el usuario en el momento de iniciar el tratamiento;

- Especificar si se está autorizado a revelar información sobre el usuario (qué información se pedirá o se dará a otros organismos y profesionales, y en qué circunstancias);
- Describir las intervenciones específicas planeadas;
- Determinar las metas del tratamiento y los resultados positivos que jalonan el curso del mismo;
- Describir cómo se revisará ulteriormente el plan de atención.

Al preparar un plan individual hay que tener en cuenta las distintas etapas por las que pasa el usuario dentro de un mismo tratamiento y entre diferentes modalidades de tratamiento. Dentro de un mismo tratamiento están comprendidos el reconocimiento inicial, la evaluación, la incorporación al tratamiento y la planificación del programa y del alta. Las etapas entre tratamientos se relacionan con la posibilidad de compartir entre dos o más servicios la atención del usuario.

El concepto del plan de atención refleja el hecho de que muchas personas siguen necesitando atención aun después de terminado el tratamiento. Se reconoce además la posibilidad de que las personas ingresen al sistema de tratamiento en diferentes puntos y puedan pasar con el tiempo de un servicio a otro. Eso puede ocurrir tanto durante un mismo período de atención como en otros subsiguientes. Por ejemplo, alguien que termine un programa de desintoxicación en el hospital puede beneficiarse también de un período breve o más prolongado de rehabilitación residencial para mantener y consolidar los resultados inmediatos logrados con el programa de hospitalización. A continuación se puede realizar un seguimiento por conducto de un programa en la comunidad. Una recaída puede dar lugar a que el usuario recurra a los servicios de acceso directo. Por lo tanto, una vía interinstitucional determinada puede significar el desplazamiento por todo el sistema de tratamiento a medida que el usuario progresa (o sufra recaídas). En el recuadro 40 figura un ejemplo -puramente ilustrativo- de la manera en que se pueden combinar los tratamientos de un usuario.

6. Coordinación de la atención

La coordinación de la atención es el proceso de evaluación, planificación del tratamiento y gestión de la atención de un usuario. Es similar a la gestión de casos, aunque se trata de un concepto más amplio que puede facilitar el tratamiento entre diversos organismos. La función de coordinación de la atención es esencial para la eficacia de un programa de tratamiento integrado. El coordinador estaría encargado de:

- Elaborar, dirigir y revisar planes de atención documentados basados en la evaluación permanente (incluida la determinación de riesgos);
- Asegurarse de que en el plan de atención se tengan en cuenta las características étnicas, el sexo y sexualidad del usuario;
- Asesorar a otros profesionales que participen también en el plan de tratamiento sobre cualquier cambio conocido en las circunstancias del usuario que pueda

Recuadro 40
Ejemplo de combinación de tratamientos de un usuario

<i>Tratamiento inicial necesario</i>	<i>Otros posibles tratamientos (vía de atención)</i>
Desintoxicación en la comunidad	→ Postratamiento/apoyo → Asesoramiento en la comunidad sin drogas → Postratamiento/apoyo → Rehabilitación residencial → Postratamiento/apoyo → Rehabilitación residencial → Asesoramiento en la comunidad sin drogas → Postratamiento/apoyo
Desintoxicación con internación	→ Postratamiento/apoyo → Asesoramiento en la comunidad sin drogas → Postratamiento/apoyo → Rehabilitación residencial → Asesoramiento en la comunidad sin drogas → Postratamiento/apoyo
Asesoramiento en la comunidad sin drogas	→ Postratamiento/apoyo → Rehabilitación residencial → Postratamiento/apoyo
Tratamiento con medicación en la comunidad	→ Desintoxicación en la comunidad → Postratamiento/apoyo → Desintoxicación en la comunidad → Asesoramiento en la comunidad sin drogas → Postratamiento/apoyo → Desintoxicación en la comunidad → Rehabilitación residencial → Postratamiento/apoyo → Desintoxicación con internación → Asesoramiento en la comunidad sin drogas → Postratamiento/apoyo
Rehabilitación residencial	→ Postratamiento/apoyo → Asesoramiento en la comunidad sin drogas → Postratamiento/apoyo

exigir una revisión o una modificación de la atención que se brinda;

- Realizar el pronto seguimiento de los pacientes una vez dados de alta (cuando sea viable);
- Intentar que las personas que abandonaron el sistema de tratamiento regresen a él.

El nivel o la intensidad de la coordinación de la atención necesaria refleja el carácter del problema que presenta el usuario. Se aplicará una respuesta de “coordinación de la atención estándar” a los usuarios que:

- Necesiten una sola modalidad de tratamiento;
- Sean relativamente estables;
- No representen un peligro para sí mismos ni para los demás.

Por el contrario, un modelo de “coordinación de la atención polifacética”, que entraña más apoyo y una atención más intensa, será más adecuado para los usuarios que tengan:

- Múltiples necesidades que no puedan atenderse satisfactoriamente en un solo servicio;
- Múltiples necesidades, pero que estén dispuestos a atenderse con un solo organismo;
- Contacto con varios organismos en el momento de la remisión al tratamiento;
- Una comorbilidad grave;
- Posibilidades de representar un riesgo para sí mismos o para los demás.

Cuando se transfiere a un usuario de un programa de tratamiento a otro (por ejemplo, de un programa residencial a uno de asesoramiento en la comunidad), se encomienda la coordinación diaria del tratamiento al nuevo servicio para que el nuevo encargado del caso asuma esa responsabilidad. No obstante, la coordinación general de la atención de las necesidades continuas del usuario puede seguir a cargo del organismo original, lo que es particularmente pertinente en los casos en que la persona regresa a su lugar de residencia después de recibir tratamiento en otra localidad y puede necesitar postratamiento.

Aspectos fundamentales

Los aspectos fundamentales abordados en el capítulo VI de la *Guía* son:

- Un sistema de tratamiento integral comprende la administración de diversos tipos de tratamiento estructurado en determinada zona conforme a las necesidades;
- Los planes ofrecidos deben enmarcarse en una respuesta más amplia de carácter sanitario, social y jurídico;
- Es importante especificar las principales formas de remisión de casos al sistema de tratamiento;
- Aclarar y formalizar los procedimientos de remisión de casos y la vinculación entre los servicios resulta esencial para la elaboración de sistemas de tratamiento;
- Se está utilizando cada vez más el método de vías de atención integral para determinar y alcanzar los resultados deseados por cada usuario. Los elementos de las vías de atención integral son:
 - La evaluación del usuario: reconocimiento inicial, selección de la forma de intervención y evaluación integral;
 - La planificación de la atención: los tratamientos estructurados se administrarán con arreglo a un plan escrito de atención individual;
 - La coordinación de la atención: la coordinación de la atención ocupará un lugar primordial en el plan de tratamiento propuesto.

Bibliografía

American Society of Addiction Medicine, *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders* (Chevy Chase, Maryland, 1996).

<http://www.asam.org/ppc/ppc2.htm>

Ashery, R.S., *Progress and Issues in Case Management*, NIDA Research Monograph No. 127 (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1992).

Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias, *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*, Treatment Improvement Protocol Series 27 (Rockville, Maryland, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 1998).

Crowe, A. H. y Reeves, R., *Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination*, Technical Assistance Publication Series 11 (Rockville, Maryland, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 1994).

<http://www.treatment.org/TAPS/Tap11/tap11toc.html>

Departamento de Salud del Reino Unido, *Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services* (Londres, 2002).

<http://www.doh.gov.uk/nta/modelsofcarefull.pdf>

Graham, K. y Timney, C. B., Case management in addictions treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 7 (1990), págs. 181 a 188.

Observación del desarrollo del tratamiento y de los resultados

Casi todos los servicios de tratamiento registran la información sobre sus usuarios, sus problemas y la atención que se les ha de brindar, y también suelen incluir en la historia clínica reseñas y otras notas acerca de los progresos del tratamiento. Sin embargo, muchos servicios se esfuerzan por encontrar la forma de aprovechar de manera práctica la información obtenida con objeto de determinar el impacto de sus tratamientos y presentar un panorama general de su actuación como servicio.

En la actualidad esto es objeto de preocupación en muchos países. En casi todos los países desarrollados y en desarrollo se hace hincapié en mejorar el registro diario de la prestación de servicios y en evaluar el impacto y los resultados del tratamiento. En la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y en el Plan de Acción para su aplicación se insiste en el valor y la importancia de reunir información relativa a la eficacia de los servicios y aplicarla.

En el presente capítulo de la *Guía* se examina la cuestión de cómo evaluar la actuación de los servicios de tratamiento. El asunto se enfoca, en primer lugar, a partir de la perspectiva de un conjunto básico de procedimientos de reunión y registro de información que pueden incluirse en el funcionamiento cotidiano de un servicio de tratamiento. Más adelante se describen actividades más complejas y sofisticadas de supervisión e investigación. También se analizan las formas de tener acceso a resúmenes de la literatura de investigación.

La información que figura en esta parte ayudará a:

- Obtener orientación sobre la forma de reunir información para demostrar que los servicios cumplen los objetivos fijados y logran otros resultados generales;
- Aclarar las medidas que pueden usarse para obtener los resultados clave;
- Comprender la manera de establecer un criterio progresivo para obtener información sobre los resultados y comunicarla a los principales interesados.

El material que figura en el presente capítulo es pertinente tanto para los nuevos tratamientos como para los trata-

mientos y sistemas existentes. Como en los capítulos anteriores de la *Guía*, el alcance y la complejidad de las actividades de supervisión pueden abarcar de lo más básico a lo más complejo.

El presente capítulo está dividido en tres partes. En la parte A se exponen los argumentos a favor del establecimiento de un sistema de supervisión de la ejecución y se examinan definiciones y cuestiones conceptuales. En la parte B se presenta un resumen de los elementos de un sistema de supervisión de la ejecución y de observación de los resultados y se ofrece orientación respecto de un sistema básico, intermedio y estructurado. En la parte C se examinan cuestiones de gestión de la información y comunicación de los resultados y la manera de tener acceso a la información en materia de evaluación y análisis de resultados.

A. Propósito de supervisar el desarrollo del tratamiento

Por lo general, la supervisión de las actividades tiene por objeto determinar si (y en qué medida) los servicios realmente cumplen su objetivo original. La supervisión puede abarcar de las formas más básicas a las más complejas, éstas últimas mucho más costosas. En primer lugar, se brinda orientación para aplicar una forma básica de supervisión, a partir de la cual, si los recursos lo permiten, pueden concebirse sistemas más complejos y costosos de observación de los resultados. Esos sistemas también evolucionan con el paso del tiempo, ampliándose el alcance y volviéndose más específicos en función de las necesidades.

Como se indica en los dos documentos que acompañan a la *Guía*, las investigaciones han permitido demostrar fehacientemente la eficacia del tratamiento de personas con problemas relacionados con sustancias. Sin embargo, es necesario validar esas pruebas en diferentes circunstancias socioculturales y en la práctica cotidiana. Para eso es esencial obtener información y documentar las prácticas aplicadas efectivamente en los servicios. El mensaje clave del presente capítulo es que en el curso normal de cada programa puede y debe compilarse periódicamente un conjunto de datos básicos sobre los servicios.

1. Recursos en materia de supervisión y evaluación

En la presente *Guía* no se da orientación paso a paso sobre la manera de planificar y efectuar evaluaciones. Al respecto, se remite al lector a fuentes más específicas sobre el tema, por ejemplo, las directrices y manuales sobre la evaluación del tratamiento elaborados por la OMS, el PNUFID y el OEDT (véase el recuadro 41).

2. Destinatarios de la información sobre la evaluación de las actividades y los resultados

Hay tres grupos interesados en conocer las actividades y los resultados:

- El usuario y su familia, que querrán informarse sobre el desarrollo de un servicio;
- El personal, tanto médico como administrativo, que se interesará en registrar los progresos del servicio a lo largo del tiempo;
- Los planificadores oficiales y las organizaciones de financiación, que se interesarán en conocer el rendimiento global del servicio.

3. Conceptos de evaluación y de supervisión del tratamiento

En materia de evaluación y supervisión se utilizan varios términos que caracterizan la manera en que se consideran los tratamientos y se determina su impacto.

a) *Insumos*

Un insumo es una medida de los recursos que se utilizan para administrar un tratamiento o para prestar determinado servicio. Los insumos pueden referirse al capital o a los ingresos, los recursos humanos (es decir, el personal necesario para administrar el tratamiento), los edificios, el equipo y los suministros y materiales. El costo total de los insumos del programa es un indicador económico del servicio. Los insumos permiten al personal prestar servicios para alcanzar las metas y los objetivos del programa.

b) *Producto*

Las medidas del producto, por ejemplo, el número de nuevos pacientes atendidos y el número efectivo de consultas, son un indicador del nivel, la cantidad o el volumen de las actividades emprendidas por el programa de tratamiento y suelen reflejar el volumen de trabajo en

Recuadro 41

Directrices y manuales internacionales de la OMS, el PNUFID y el OEDT para la evaluación de los servicios y sistemas de tratamiento de los trastornos provocados por el uso de sustancias psicoactivas

La OMS, el PNUFID y el OEDT publicaron conjuntamente en 2000 directrices y una serie de manuales sobre la evaluación del tratamiento. Esas publicaciones forman parte de una estrategia de las mencionadas organizaciones para elaborar instrumentos que permitan a los administradores de los programas realizar evaluaciones de sus servicios y que faciliten la adopción de decisiones con respecto a la asignación de recursos a los tratamientos.

Las directrices están centradas en estudios formales de investigación y en ellas se trata de caracterizar los principales componentes de una evaluación acertada y de explicar cuál es la mejor forma de comunicar los resultados.

Para obtener más información, véase:

http://www.undcp.org/drug_demand_treatment_and_rehabilitation.html

http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/guideevaloftreatment.pdf

La serie de manuales tiene por objeto orientar a los planificadores y administradores de los programas, así como a su personal y a otros encargados de adoptar decisiones, a lo largo del proceso de planificación y realización de las evaluaciones. Constituye también un valioso material de capacitación para las personas interesadas en la evaluación y los planificadores y proveedores de servicios.

En los manuales se describen las principales clases de evaluación: determinación de las necesidades; evaluación del proceso; evaluación de la satisfacción del usuario; evaluación de los resultados; estudios aleatorios y de observación; diseños experimentales y controlados y evaluaciones económicas (análisis de costos y rentabilidad).

Para obtener más información, véase:

http://www.undcp.org/drug_demand_treatment_and_rehabilitation.html

http://www.who.int/substance_abuse/topic_treatment.htm

función del tiempo o de los costos. Cabe observar que los productos no indican necesariamente si se han alcanzado los objetivos de un programa de tratamiento o en qué medida resultan acertados o aceptables.

La conversión de insumos en productos constituye un indicador de la eficiencia del programa. Además, los insumos de recursos permiten prestar el servicio con cierto nivel de calidad. Las medidas de la calidad reflejan hasta qué punto el servicio cumple las normas que rigen el programa y colma las expectativas de los usuarios y de otros destinatarios clave y demás interesados. Las medidas de la calidad pueden utilizarse en todos los sectores del programa para medir la competencia del personal y la puntualidad e idoneidad de los servicios recibidos.

c) Resultados

Por resultados se entiende las consecuencias o los efectos de las actividades terapéuticas que pueden ser positivos o negativos. Las medidas de los resultados tienen que ser pertinentes para cada tratamiento y estar relacionadas con los objetivos deseados por los usuarios. Algunos programas pueden disponer de escasos recursos para evaluar los verdaderos resultados (es decir, los que se miden utilizando un instrumento o procedimiento científico fiable), por lo que suelen utilizarse como alternativa medidas sustitutivas. Por ejemplo, en el análisis de resultados, la medida del cambio en la frecuencia del consumo de sustancias suele determinarse usando un instrumento normalizado. Para eso se debe medir la frecuencia del consumo de la droga cuando el paciente empieza a tratarse y, después, cuando deja de tratarse. Algunos organismos que no tienen la posibilidad de hacer esas mediciones pueden transmitir su evaluación informando del estado del paciente cuando deja el tratamiento (por ejemplo, mejor, igual o peor).

B. Elementos de un sistema de supervisión de la ejecución y observación de los resultados

Un sistema de supervisión de la ejecución y observación de los resultados es un elemento fundamental de todo servicio de tratamiento que desee determinar si se está atendiendo como corresponde a las necesidades de sus usuarios día a día. La información reunida puede usarse para:

- Mejorar la evaluación del usuario y el proceso de coordinación de la atención;
- Ayudar a los proveedores de tratamiento a investigar la forma de mejorar sus servicios (por ejemplo, en relación con ciertas clases de usuarios que quizá no obtengan los resultados de la mayoría);

- Facilitar información sobre el impacto global del sistema de tratamiento y ayudar a los planificadores y a los organismos públicos a determinar el rendimiento de la inversión en el tratamiento;
- Ayudar a encontrar lagunas en la oferta de tratamiento y a determinar la necesidad de contar con nuevas clases de programas o con más programas.

El sistema de supervisión puede aplicarse en distintos niveles y puede intervenir en él un solo organismo, un conjunto de organismos en determinada zona geográfica, o una entidad regional o nacional.

La iniciativa puede estar a cargo del propio organismo que brinda tratamiento o de algún proveedor de servicios externo. El modelo del proveedor externo puede resultar útil cuando en una localidad participan varios organismos.

Los sistemas eficaces de supervisión de la ejecución se caracterizan por los siguientes “factores de éxito”:

- Dedicación y entusiasmo del personal para reunir información como parte del desarrollo normal del servicio;
- Integración de la información reunida para la observación de los resultados en las actividades habituales de evaluación y coordinación de la atención;
- Utilización de conjuntos mínimos de datos (es decir, únicamente un pequeño número de indicadores clave o fundamentales de los resultados);
- Alcance sostenible de la iniciativa (por ejemplo, concentrándose en la evaluación de los resultados durante el tratamiento);
- Apoyo financiero del Estado para los gastos de capacitación, la gestión de la información y la comunicación de los resultados;
- Valorización de la colaboración y del aprendizaje mutuo;
- Comunicación rápida de información sobre los resultados para orientar la evolución futura de los servicios.

Puede resultar útil concebir la información reunida por un sistema de supervisión como una pirámide. La mayor parte de la información se obtiene en el marco de la labor clínica y el funcionamiento cotidiano y habitual del sistema de tratamiento. Posteriormente se transmite un pequeño número de indicadores esenciales de ejecución a las entidades de financiación del tratamiento y a otros destinatarios externos. Por último, se comunica un conjunto básico de indicadores esenciales de ejecución a las organizaciones oficiales y otras organizaciones, como parte de un enfoque encaminado a presentar informes sobre los tratamientos a nivel nacional y a rendir cuentas públicamente.

A continuación se ofrece orientación sobre tres niveles de supervisión del tratamiento. Esos niveles son acumulativos y cada vez más complejos, pasando de un enfoque básico a un sistema más complejo (con mayor insumo de recursos) de supervisión de la ejecución y observación de los resultados.

1. Sistema de supervisión básico (primer nivel)

El objetivo del primer nivel es reunir un caudal básico de información esencial sobre la administración del tratamiento, a partir de la cual se pueda, de alguna manera, inferir su impacto. Todos los proveedores de servicios, por

más limitados que sean sus recursos financieros, técnicos y humanos, deberían poder reunir y transmitir información básica sobre las actividades y los resultados de cualquier tipo de tratamiento. En el nivel elemental de presentación de informes, es necesario abordar siete aspectos:

- Información resumida sobre los casos remitidos y las actividades de evaluación;
- Características sociodemográficas básicas y perfil del consumo de drogas del usuario;
- Información sobre tratamientos anteriores, o si se trata del primer tratamiento;
- Entorno y carácter general del programa de tratamiento;

Recuadro 42

Ejemplo de un conjunto mínimo de datos necesarios sobre cada usuario

Sector abarcado	Factor o componente pertinente
Usuario	
Datos sociodemográficos	Sexo Edad (la última que cumplió o el año de nacimiento)
Principal droga causante del problema	Tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, amfetamina, metanfetamina, tipo "éxtasis", sedantes/tranquilizantes, alucinógenos, disolventes/inhalables, otras drogas
Comportamiento de riesgo	Consumo por inyección
Historial de tratamiento	En tratamiento por primera vez
Tratamiento	
Tipo de programa	De bajo umbral o con requisitos mínimos de consulta/ servicios de apoyo sin solicitar consulta Abstinencia (desintoxicación) Asesoramiento/psicoterapia Mantenimiento con agonistas Prevención de recaídas con prescripción de antagonistas Rehabilitación (sin drogas)
Entorno	Internación en el hospital Centro de tratamiento ambulatorio Médico general Comunidad residencial Cárcel/lugar de detención
Duración del tratamiento	Días/semanas/meses de tratamiento en ese programa en el momento del alta
Resultado	
Condición de los usuarios que dejaron de tratarse en el período sobre el que se informa	Alta planificada (es decir, al terminar el tratamiento) Alta no planificada (es decir, el usuario abandonó o suspendió de alguna forma el tratamiento) Transferido a otro tratamiento (especificar) Alta administrativa/disciplinaria (incumplimiento del plan de tratamiento o de las normas del servicio)

- Cantidad de tratamiento (por ejemplo, el número de sesiones terapéuticas individuales, en grupo y de otro tipo y su duración);
- Tiempo total dedicado al tratamiento;
- Estado del paciente al final del tratamiento en el programa correspondiente (o la etapa alcanzada, por ejemplo, la desintoxicación).

Todos los servicios deberían registrar un caudal de información básica sobre la remisión de casos, la evaluación y el tratamiento dentro del programa durante un período determinado (por ejemplo, anualmente). Se deberá comunicar el número de personas remitidas al programa para su evaluación, las remitidas a otros servicios, las que comenzaron el tratamiento y las que lo terminaron. Se recomienda que esa información se presente, como mínimo, por sexo y fuente de remisión del caso.

En este nivel básico no se intenta informar sobre los cambios del comportamiento problemático del paciente, sino que se registra el estado de cada paciente en el momento de ser dado de alta del servicio. Eso no incluye una descripción cuantitativa de los cambios en el consumo de drogas ni en otros comportamientos problemáticos. En el recuadro 42 figura un ejemplo de un conjunto mínimo de datos necesarios sobre cada persona que deja o termina el tratamiento durante el período sobre el que se informa (por ejemplo, anual).

Esta información puede dar una idea bastante clara sobre los resultados del tratamiento. Tanto la reunión como la presentación de la información pueden enfocarse de diver-

sas maneras. En el recuadro 43 se da un ejemplo ficticio de datos relativos a una muestra de 220 usuarias que dejaron el tratamiento en un programa ejecutado en la comunidad.

En el renglón inferior del recuadro 43 se muestra el resultado general del programa y se indica que el 63,6% de las usuarias terminaron el tratamiento. Los porcentajes por grupo de edad también muestran el impacto relativo del programa en esos tres grupos. Los datos presentados en el ejemplo parecen indicar que se obtienen mejores resultados cuanto mayores son las personas. Naturalmente, hay otras maneras de presentar la información.

Informes internacionales: indicadores por países

Además de las iniciativas locales de observación de los resultados, cabe observar los requisitos para la presentación de informes nacionales a los órganos internacionales.

Por ejemplo, la Parte II del cuestionario para los informes anuales del PNUFID se refiere a la magnitud, características y tendencias del uso indebido de drogas. Es el mecanismo básico para la presentación de informes periódicos de los Estados Miembros sobre la demanda de drogas objeto de abuso. Los datos se registran en el Sistema Internacional de Evaluación del Uso Indebido de Drogas creado por el PNUFID.

La Comisión de Estupefacientes envía todos los años a los gobiernos de los Estados Miembros el cuestionario para los informes anuales a fin de que lo respondan. Con el cuestionario se obtiene información, entre otras cosas, sobre la demanda de tratamiento en cada país. Uno de los

Recuadro 43
Programa en la comunidad:
informe sobre resultados de 12 meses relativos a usuarias, por grupo de edad

(Número de usuarias: evaluadas para el tratamiento: 310; comenzaron el tratamiento: 250^a; dejaron el tratamiento en el período sobre el que se informa: 220)

Resultados de las usuarias que dejaron el tratamiento durante el primer año, por grupo de edad (n = 220)

Grupo de edad	Resultados			Total
	Altas planificadas	Altas no planificadas	Alta administrativa	
18 a 24 años	30 (50%)	20 (33,3%)	10 (16,7%)	60
25 a 35 años	50 (62,5%)	20 (25%)	10 (12,5%)	80
más de 36 años	60 (75%)	15 (18,8%)	5 (6,3%)	80
Total	140 (63,6%)	55 (25,0%)	25 (11,4%)	220

^a Quizá deba mencionarse el número de tratamientos recibidos por cada persona durante el período del informe, ya que la usuaria puede haber estado en tratamiento en el programa en dos (o más) ocasiones.

Recuadro 44**Cuestionario para los informes anuales – Parte II (Uso indebido de drogas)**

La Parte II del cuestionario para los informes anuales consta de 9 secciones. La sección 8 se refiere al tratamiento.

Tratamiento de la drogodependencia

- P48.** ¿Se administró tratamiento a personas por drogodependencia durante el año pasado? (Todas las drogas, tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”, otras drogas)
- P49.** ¿Cuál es la clasificación de las drogas como causa primordial de la administración del tratamiento? (Tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”)
- P50.** ¿Cuál fue la tendencia durante el año pasado en cuanto al número de personas sometidas a tratamiento? (Todas las drogas, tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”, otras drogas)
- P51.** ¿Dispone de una estimación del número de personas que reciben tratamiento por problemas de drogas? (No, sí – una estimación relativa a todo el país, sí – una estimación relativa a parte del país o a algunos centros de tratamiento) Si la respuesta es negativa, pase a P59.
- P52.** ¿A qué año se refiere la estimación? ¿Qué parte del país o centros de tratamiento abarca la estimación? (Año de la estimación nacional, año de la estimación parcial, parte del país a que se refiere la estimación, tipos de centros de tratamiento incluidos en la estimación y/o excluidos de ella)
- P53.** ¿Cuál es el número estimado de personas que reciben tratamiento por problemas de drogas? (Todas las drogas, tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”, otras drogas)
- P54.** ¿Entre las personas en tratamiento cuál es el porcentaje estimado de las que lo reciben por primera vez? (Todas las drogas, tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”, otras drogas)
- P55.** ¿Entre las personas en tratamiento cuál es el porcentaje de mujeres estimado? (Todas las drogas, tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”, otras drogas)
- P56.** ¿Cuál es el promedio de edades estimado de las personas en tratamiento? (Todas las drogas, tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”, otras drogas)
- P57.** ¿Cuál es el porcentaje estimado de consumidores de drogas por inyección entre las personas en tratamiento? (Todas las drogas, tipo cannabis, heroína, otros opioides, tipo cocaína, anfetamina, metanfetamina, tipo “éxtasis”, otras drogas)
- P58.** ¿Qué definición de “personas tratadas por problemas de drogas” es aplicable a las cifras indicadas en las columnas P53 a P57? (Todas las personas que recibieron tratamiento durante el año, personas que comenzaron un tratamiento durante el año, personas que estaban en tratamiento en la fecha del censo ese año, las personas dadas de alta del tratamiento durante el año, otras)

objetivos del Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas, coordinado por el PNUFID, es apoyar a los Estados Miembros en sus actividades de reunión de datos. Entre las actividades de este Programa figura la elaboración de un protocolo para la reunión de datos procedentes de los centros de tratamiento. El protocolo tiene por objeto facilitar la compilación de la información comunicada por medio del cuestionario para los informes anuales. En el recuadro 44 figura la estructura de la Parte II del cuestionario.

En el anexo VII figura otro ejemplo de informe internacional, preparado para utilizar en Europa, si bien se puede adaptar y utilizar en otros lugares, de ser necesario.

2. Sistema de supervisión intermedio (segundo nivel)

El nivel siguiente de presentación de información incluye las características del nivel precedente e incorpora más información para documentar y describir las actividades de tratamiento. El objetivo del segundo nivel es ofrecer más detalles relativos a la descripción del usuario y el tratamiento, así como obtener una medida básica del cambio de comportamiento que permita medir directamente los resultados.

Además de los datos incluidos en los informes del primer nivel, pueden registrarse también los siguientes:

- Información sociodemográfica (nacionalidad y características étnicas, relaciones y contexto en que vive el usuario, situación laboral y nivel de educación);
- Información relativa a las drogas (vías de administración, frecuencia del uso, edad en que se empezó a consumir la principal droga causante del problema, indicación de si el consumo es por inyección y frecuencia);
- Información sobre la remisión del caso al tratamiento;
- Promedio de tiempo de espera para empezar el tratamiento (desde la evaluación);
- Descripción de los tipos de servicios recibidos por el usuario.

Esta información debería presentarse en relación con la principal droga consumida por los usuarios, utilizando las siguientes categorías: tipo cannabis; opioides; tipo cocaína; tipo anfetamina; sedantes y tranquilizantes; alucinógenos; disolventes e inhalables, y otras drogas.

Además de describir el estado de los usuarios en el momento de dejar el programa, convendría informar de algunos cambios básicos en su comportamiento. El cambio de comportamiento y el objetivo que se procuran lograr son, evidentemente, eliminar o reducir el consumo de drogas, aunque también es importante que mejoren las circunstancias personales y sociales del paciente. Por

ejemplo, la información básica esbozada en el recuadro 45 podría ser el resultado de una breve entrevista con cada paciente en el momento de la admisión y antes de su partida (cuando resulte viable).

3. Sistema de supervisión estructurado (tercer nivel)

El tercer nivel es un sistema estructurado de supervisión de la ejecución y observación de los resultados. Su objetivo es disponer de un sistema estructurado y sostenible para registrar la manera en que funciona el servicio de tratamiento y atiende a las necesidades de sus usuarios. Utilizar un enfoque estructurado para la observación de los resultados conlleva además beneficios para la práctica clínica, ya que el personal puede aportar luego esta información a los usuarios, al comienzo del tratamiento y durante el seguimiento de este, con objeto de motivar el cambio y mantener la motivación.

El tercer nivel abarca las características y los registros descritos en los dos niveles precedentes, pero se brindan más detalles sobre el usuario y hay una variedad más amplia de cambios de comportamiento y de otro tipo con que describir los resultados. Se recomienda a los lectores interesados en crear un sistema de esta índole examinar también

Recuadro 45
Descripción básica del consumo de drogas, aspectos laborales y actividades delictivas

(30 días antes de incorporarse al tratamiento y últimos 30 días antes de dejarlo)

<i>Medida</i>	<i>Número de días durante el mes anterior al comienzo del tratamiento</i>	<i>Número de días durante el mes anterior al alta</i>
Consumo de drogas Consumió la principal droga causante del problema		
Empleo Empleo remunerado		
Actividades delictivas Cometió algún delito		

Para facilitar las respuestas del usuario se le puede mostrar el siguiente cuadro:

Ninguno	Sólo un día	Sólo 2 días	Sólo 3 días	Un día por semana	Dos días por semana	Tres días por semana	Cuatro días semana	Cinco días por semana	Seis días por semana	Todos los días
0	1	2	3	4	9	13	17	21	26	30

el material del capítulo VI, relativo a los procesos de evaluación integral y a las vías de atención integral, y la importancia de tener en cuenta períodos de tratamiento continuado en el caso de los usuarios que necesitan una interconexión entre varios servicios. Al considerar el tratamiento desde ese punto de vista se puede tener una idea más completa de los resultados.

Cabe señalar que antes de concebir un sistema del tercer nivel hay que efectuar una evaluación cuidadosa de su viabilidad. En esa evaluación se deben considerar los siguientes aspectos:

- Las cuestiones específicas que deben abordarse;
- Las dimensiones y el alcance del sistema de supervisión necesario;
- Los recursos humanos que se necesitarán;
- La competencia que deberá tener el personal;
- Los recursos financieros necesarios;
- El calendario de aplicación y presentación de informes.

La forma más lógica y práctica de determinar los resultados del tratamiento consiste en reunir un conjunto de medidas relativas al usuario y su familia en el momento de ingresar al programa (punto de referencia) y luego reunir las mismas medidas otra vez en uno o varios momentos del tratamiento y, lo que sería ideal, una vez concluido éste. De esta forma, la observación de los resultados se conceptualiza como una reevaluación y se puede incorporar como parte de la práctica clínica habitual (véase, en el capítulo VI, el material relativo a la evaluación de los usuarios). Lo más conveniente es que las evaluaciones de los resultados incluyan una apreciación activa del usuario obtenida mediante una entrevista personal o telefónica o un cuestionario de autoevaluación del usuario. Otros métodos, como el de estimar los resultados a partir de las notas del caso clínico, tienen pocas probabilidades de resultar válidos o precisos, por lo que no se recomiendan.

a) Caracterización de los resultados

Al considerar los resultados que deben comunicarse, conviene actuar conforme al consenso logrado en los estudios formales de investigación acerca de las medidas clave. Los investigadores se centraron en tres esferas fundamentales de problemas: el comportamiento de uso de sustancias; los problemas de salud física y mental, y el desempeño personal y social (un conjunto amplio de problemas que van desde las relaciones familiares y personales al alojamiento, el empleo, las actividades delictivas y otras cuestiones de seguridad pública). El riesgo de contraer el VIH y otras infecciones, incluida la hepatitis C, ha obligado a evaluar los comportamientos de riesgo de índole sexual y

relacionados con el consumo de drogas por inyección en lo que respecta a la transmisión de infecciones por la sangre. Cabe reconocer que las expectativas en cuanto a los resultados pueden diferir según los puntos de vista de la persona interesada, la familia, la comunidad, los servicios y el sistema de justicia penal.

b) Elección del momento adecuado para la evaluación

Para observar los resultados, se pueden determinar los cambios experimentados por los pacientes en uno o más momentos del tratamiento. A diferencia de los estudios de investigación, en la mayoría de las iniciativas de observación de los resultados del tratamiento no se intenta evaluar los resultados después de que la persona ha dejado de tratarse, mayormente debido a los recursos necesarios para organizar entrevistas personales (si bien se puede considerar la posibilidad de efectuar evaluaciones por teléfono o por correo).

c) Utilización de los objetivos del tratamiento con fines de supervisión

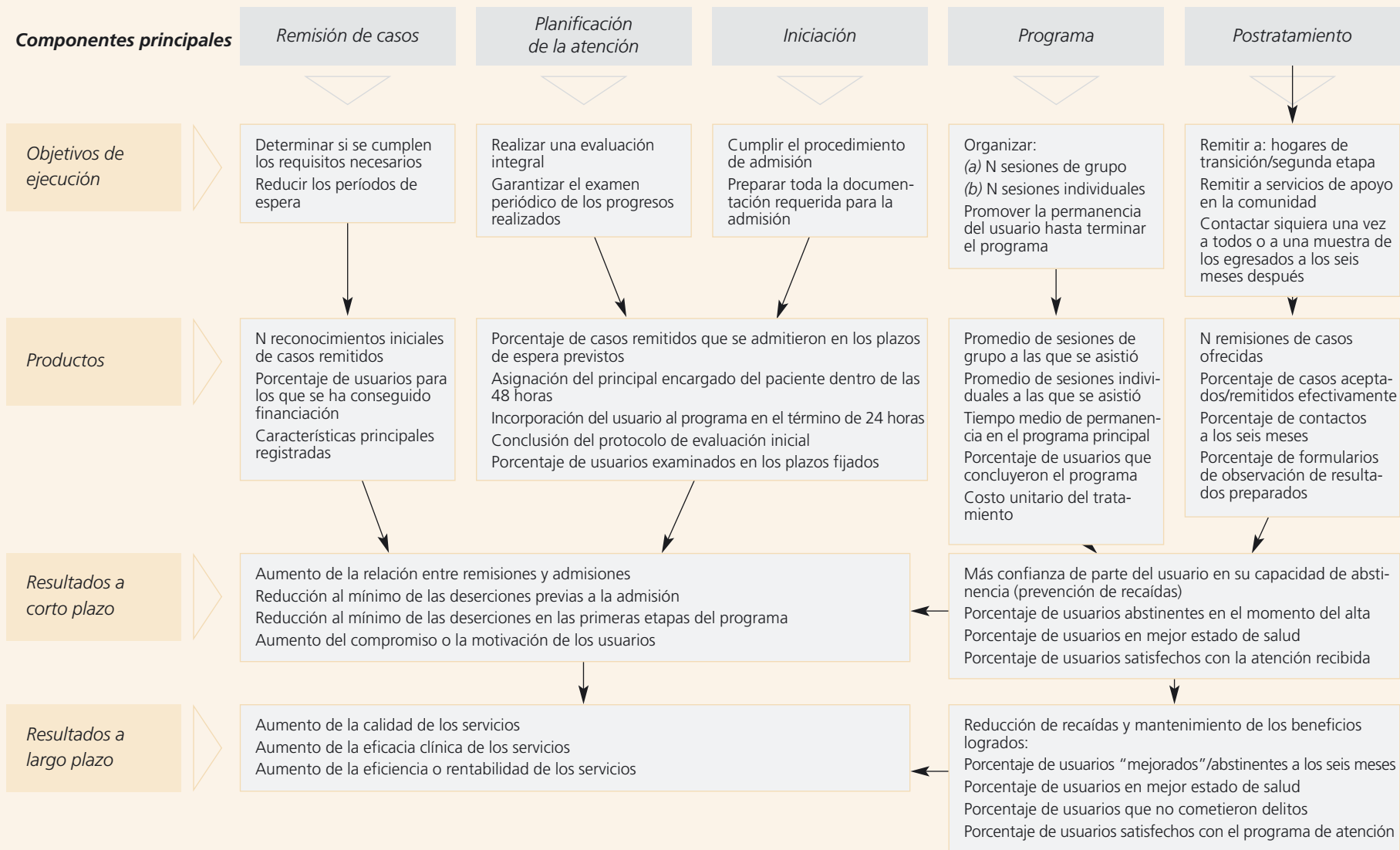
En las directrices de la OMS, el PNUFID y el OEDT sobre evaluación del tratamiento, mencionadas en el recuadro 41, se propugna la utilización del enfoque basado en un modelo lógico de programa para ayudar a aclarar los objetivos de un programa de tratamiento. Un modelo lógico es un diagrama en el que figuran los diferentes componentes de un programa, el propósito de cada componente (los objetivos de ejecución) y los resultados previstos a corto y largo plazo. Los modelos lógicos son útiles cuando se establecen objetivos y metas en relación con cada componente y resultado y pueden contribuir en gran medida a la comunicación cuando se describe el programa a un público profesional. En el recuadro 46 se presenta un ejemplo teórico de modelo lógico, preparado para caracterizar el funcionamiento de un servicio de rehabilitación residencial.

4. Instrumentos de evaluación para la observación de los resultados

La mayoría de las variables adecuadas para la evaluación reiterada serán medidas de tipo continuo o por categorías, con las que se pueden determinar los cambios a lo largo del tiempo. Para evaluar satisfactoriamente los resultados es necesario registrar la situación en el momento de iniciar el tratamiento, en el curso de éste, al terminarlo y, de ser posible, durante el seguimiento.

Existen diversos instrumentos y técnicas de evaluación, como las entrevistas personales, la observación del comportamiento, los cuestionarios y las pruebas psicológicas.

Recuadro 46
Ejemplo de modelo lógico de un programa de rehabilitación residencial



Si bien es necesario estar muy preparado para utilizar adecuada y eficazmente los métodos de reunión de información, incluso los miembros menos capacitados del equipo pueden reunir datos útiles si los cuestionarios están bien estructurados. Para determinar si un cuestionario es adecuado se pueden utilizar los siguientes principios:

- Pertinencia para la población destinataria y el programa de tratamiento;
- Pertinencia con respecto a los fundamentos del programa y la capacidad de orientar los informes en función de objetivos y prioridades;
- Utilidad para las entrevistas personales con el usuario o para su autoevaluación;
- El instrumento debe tener propiedades psicométricas establecidas (validez y fiabilidad);
- Las medidas deben detectar los cambios a lo largo del tiempo;
- La administración del cuestionario debe ser lo más breve posible;
- El usuario y otros destinatarios legos en la materia deben poder comprender las metodologías de evaluación y los informes sin grandes dificultades.

Hay varios bancos de instrumentos disponibles que contienen información sobre cuestionarios e instrumentos de investigación. En el recuadro 47 figura un ejemplo.

En los Anexos VI y VIII de la presente *Guía* figuran ejemplos de la estructura de dos instrumentos acreditados para la observación de los resultados: el Índice de Gravedad de la Adicción y el Perfil de Adicción de Maudsley. Ambos instrumentos pueden utilizarse a título gratuito para la investigación sin fines comerciales y para la observación de resultados. Se parecen en varios aspectos y la versión simplificada del primero contiene un conjunto más completo de medidas sobre antecedentes y desempeño del usuario para la planificación del tratamiento individual. El Perfil de Adicción de Maudsley es un cuestionario breve sobre resultados que se puede responder en unos 12 minutos.

C. Gestión de la información y comunicación de los resultados

Para administrar la información generada por el sistema de supervisión de la ejecución y observación de los resultados de cada uno de los tres niveles, casi siempre se necesita un programa computarizado de gestión de bases de datos. Una base de datos informatizada constituye un medio eficiente de validar, almacenar y analizar la información, y también de elaborar informes para distintos

destinatarios. La elaboración de una base de datos sería relativamente sencilla en el primer nivel, aunque en los niveles segundo y tercero quizá se necesite el apoyo de un especialista. Anteriormente, los organismos que no conocían bien sus necesidades en materia de información o de presentación de informes malgastaban mucho dinero en bases de datos que no les satisfacían y, a veces, ni llegaban a concretarse. En la actualidad muchos de los especialistas que elaboran bases de datos informatizadas utilizan un programa básico que ya tienen y lo adaptan a las necesidades concretas (y futuras) del proveedor del servicio de tratamiento. La mayoría de las aplicaciones actuales se basan en el ingreso de los datos de los usuarios a un programa seguro de base de datos instalado en las computadoras del centro de tratamiento. Algunos organismos utilizan también aplicaciones seguras de Intranet o basadas en Internet, lo que en adelante probablemente sea cada vez más común.

En el recuadro 48 se presenta como ejemplo un sistema de reunión y control de información que funciona en forma electrónica y se deriva del Índice de Gravedad de la Adicción, instrumento clínico y de evaluación elaborado en los Estados Unidos que se utiliza en muchos países.

Recuadro 47

Banco de instrumentos de evaluación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

El Banco de Instrumentos de Evaluación del OEDT es un archivo de documentos creado para fomentar la evaluación mediante métodos fiables y para contribuir a la normalización de los instrumentos a nivel de Europa. Contiene instrumentos para evaluar programas de prevención y de tratamiento. Cuando se ingresan los criterios específicos de la intervención que debe evaluarse, la base de datos suministra al usuario instrumentos de evaluación adecuados, junto con comentarios sobre su empleo y referencias sobre estudios conexos. Se trata de un instrumento flexible y dinámico que, desde junio de 2000, fecha de su creación, se ha ampliado y abarca en la actualidad los 12 idiomas del OEDT. El Banco se actualiza periódicamente y ya dispone de 150 instrumentos de evaluación en la esfera del tratamiento y de 35 en la de la prevención. Ofrece la posibilidad de efectuar búsquedas por palabra clave, categoría y texto completo.

Para obtener más información, véase:

http://eibdata.emcdda.org/databases_eib.shtml

Recuadro 48**Reunión de información por vía electrónica sobre el tratamiento en los Estados Unidos**

El Sistema de la Red de Evaluación de Drogas (DENS) es un sistema electrónico multisitio permanente de reunión de información y presentación de informes que proporciona información normalizada, automatizada y actualizada por módem sobre los pacientes que inician un tratamiento de la adicción y sobre los programas de tratamiento que existen en los Estados Unidos.

El proyecto está patrocinado por la Oficina de la Casa Blanca de la Política Nacional de Control de Drogas y el Centro de Tratamiento del Abuso de Sustancias y tiene por objeto brindar información práctica y actual de carácter clínico y administrativo sobre los pacientes que comienzan un tratamiento del abuso de sustancias en todo el país. El sistema comprenderá, en último término, una muestra representativa de los programas de tratamiento del alcoholismo y el abuso de drogas de todas las zonas del país y de las distintas modalidades de tratamiento y clases de servicios, incluso los del sistema de justicia penal.

El DENS acopia información en tiempo real sobre la índole, el número y la gravedad de los problemas de los pacientes en el momento en que inician el tratamiento, el período de tratamiento y la clase de alta que se les da con objeto de proporcionar a las autoridades federales y de los estados información necesaria para reconocer tendencias importantes que puedan resultar pertinentes para la planificación y la administración de los sistemas que se ocupan de los problemas de abuso de sustancias.

La información del DENS es pertinente a las múltiples cuestiones clínicas, administrativas, fiscales, de evaluación y de política que surgen periódicamente y es de acceso rápido y continuo, lo que permite observar los cambios a lo largo del tiempo.

El DENS también sirve de marco para un futuro sistema permanente de observación de los resultados de los tratamientos en todo el país. Como tal, se puede utilizar como punto de partida para estudios específicos sobre determinados resultados, o para vastos proyectos regionales y a nivel de los estados en la esfera del estudio de resultados.

Para obtener más información, véase:

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/ctac/dens.html>

<http://www.densonline.org>

Independientemente de la complejidad de la información que se reúna, el requisito fundamental es tener claro qué clases de informes se necesitarán y en qué formato. La mayoría de los informes procedentes de una base de datos de observación de resultados puede hacerse en un formato estándar y, por ejemplo, abarcar el grupo de usuarios y sus principales resultados en un período determinado. Los destinatarios más importantes de los informes son el propio usuario (mediante información personalizada), el personal encargado del tratamiento y los directores del servicio, así como los órganos de financiación y los órganos oficiales.

1. Acceso a la información sobre los resultados del tratamiento

Uno de los motivos más importantes para obtener información sobre el impacto de los servicios es ayudar a optimizar el tratamiento de determinados grupos y asegurar-

se de que se asigne prioridad a las alternativas de tratamiento más eficaces y accesibles. En los últimos años ha habido un interés cada vez mayor por aprovechar las conclusiones de los estudios formales de evaluación publicados, junto con la experiencia clínica y las preferencias de los usuarios, como forma de orientar la asignación de recursos y las decisiones relativas a los servicios y sistemas de salud y bienestar social. Los planificadores de tratamiento se muestran cada vez más inclinados a orientar recursos a los servicios de eficacia comprobada. Para eso se debe llevar a cabo un análisis sistemático de la literatura de investigación a fin de determinar el impacto de un tratamiento en particular. Ese análisis puede dar lugar, posteriormente, a la preparación de guías y protocolos para ese tratamiento.

Naturalmente, existen limitaciones con respecto a las pruebas que se pueden obtener; estamos muy lejos de conocer todos los tratamientos que existen y todos los

grupos y necesidades individuales prioritarias. Por otra parte, la mayoría de los estudios importantes sobre resultados se han realizado en un número relativamente escaso de países con sistemas de tratamiento desarrollados. Hay limitaciones naturales para aplicar las conclusiones de un estudio sobre un tratamiento efectuado en un país

a los servicios de otro. En parte esto ha llevado a invertir en estudios de investigación y otras actividades para evaluar las mismas cuestiones en distintos contextos culturales y económicos. No obstante, mucho se puede aprender de los análisis en que se reúnen las conclusiones de distintos países (véase el recuadro 49).

Recuadro 49

Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas

La Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas contiene artículos en que se analiza el impacto de tratamientos y procedimientos médicos. Las revisiones son muy estructuradas y sistemáticas y la investigación publicada se incluye en función de criterios de calidad explícitos para garantizar la fiabilidad de las conclusiones y reducir al mínimo el posible error sistemático. La información de los estudios suele combinarse estadísticamente utilizando una técnica llamada metaanálisis.

Como parte de la Colaboración Cochrane, se creó un grupo sobre drogas y alcohol (Cochrane Drug and Alcohol Group) que ha publicado una serie de análisis y directrices prácticas basadas en pruebas fehacientes, presentándolos como análisis completos, resúmenes técnicos y sinopsis. Estas últimas están escritas en un lenguaje sencillo y constituyen un valioso instrumento para los encargados de financiar o planificar servicios de tratamiento.

Para obtener más información, véase: <http://www.cochranelibrary.com>

Aspectos fundamentales

Los aspectos fundamentales abordados en el capítulo VII de la *Guía* son:

- Se hace cada vez más hincapié en mejorar el registro diario de la prestación de servicios y en comunicar la información esencial sobre los resultados;
- La observación de los resultados es una iniciativa encaminada a obtener información sobre el impacto de los servicios con objeto de entender el funcionamiento del servicio y determinar lagunas y la forma de aumentar la eficacia del tratamiento. El alcance y la magnitud de tal iniciativa pueden variar de un sistema básico (primer nivel) a soluciones más complejas (niveles segundo y tercero).
- Los sistemas acertados de observación de los resultados se caracterizan por el compromiso del personal, la integración de la información sobre los resultados como parte de la evaluación ordinaria y de las disposiciones normales de coordinación de la atención, la valorización de la colaboración y el aprendizaje mutuo y una rápida corriente de información sobre los resultados para orientar el desarrollo futuro de los servicios;
- Las iniciativas de supervisión de la ejecución y observación de los resultados pueden adaptarse, en cuanto al alcance y la magnitud de los informes, en función de los recursos.
- La mayoría de los proveedores de servicios deberían poder aplicar un sistema básico de supervisión de la ejecución y observación de los resultados para informar de los resultados que se vayan alcanzando durante el tratamiento.
- Es fundamental prestar atención a las pruebas sobre los resultados de los tratamientos que figuran en los estudios formales de investigación; los análisis sistemáticos pueden resultar valiosos como fuente de información resumida acerca de un tratamiento o método determinado.

Bibliografía

- Gossop, M., Marsden, J. y Stewart, D., *NTORS at One Year. The National Treatment Outcome Research Study. Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake* (Londres, Departamento de Salud del Reino Unido, 1998).
- Hubbard, R. L. et al., *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness* (Chapel Hill, Carolina del Norte, University of North Carolina Press, 1989).
- Landry, M., *Overview of Addiction Treatment Effectiveness* (Rockville, Maryland, Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, Oficina de Estudios Aplicados, 1995).
- Campaña Nacional contra el Abuso de Drogas, *Evaluating Treatments for Alcohol and Other Drugs*, Serie de monografías núm. 14 (Canberra, 1991).
<http://www.health.gov.au:80/pubhlth/publicat/document/ncada14.pdf>
- Instituto Nacional contra la Drogadicción. *How Good Is Your Drug Abuse Treatment Programme?* (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1993).
- Ogborne, A. C., Braun, K. y Rush, B. R., Developing an integrated information system for specialized addiction treatment agencies, *Journal of Behavioural Health Services and Research*, vol. 25, núm. 1 (1998), págs. 100 a 107.
- Simpson, D. D., Drug treatment evaluation research in the United States, *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 7, núm. 2 (1993), págs. 120 a 128.
- Tims, F., *Drug Abuse Treatment Effectiveness and Cost-Effectiveness* (Rockville, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1995).
- Yates, B. T., *Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs* (Bethesda, Maryland, Instituto Nacional contra la Drogadicción, 1999).
<http://www.drugabuse.gov/IMPCOST/IMPCOSTIndex.html>
- Wolfe, B. L. y Miller, W. R., *Program Evaluation, A Do-It-Yourself Manual for Substance Abuse Programs* (Albuquerque, Universidad de Nuevo México, Departamento de Psicología).
<http://casaa.unm.edu/download/programeval.pdf>

Obras de consulta en Internet

- Estudios sobre los resultados del tratamiento del abuso de drogas, Estados Unidos
<http://www.datos.org/>
- Sistema de la red de evaluación de drogas (DENS)
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/ctac/dens.html>
<http://www.densonline.org>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías – Banco de instrumentos de evaluación
http://eibdata.emcdda.org/databases_cib.shtml
- Addiction Severity Index (ASI)*
<http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Needs/tasi.shtml>
- Drug Abuse Screening Test (DAST)*
<http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Needs/tdast.shtml>
- Institute of Behavioral Research, Texas Christian University –The Methadone Outpatient Forms
<http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/TCU-DATARforms.html>

Notas

1. Documento publicado en 2003.
2. En la *Guía* se describe una variedad de tratamientos eficaces. Siempre y cuando las condiciones culturales y económicas sean favorables, se debería disponer de todos ellos, si bien la capacidad necesaria habrá de determinarse a nivel local. No hay preferencia alguna con respecto a ningún método de tratamiento en particular. Se considera que los servicios deben adaptarse a las necesidades que presenten las personas en el momento y a la gravedad del problema.
3. En general, en la *Guía* se denomina “usuarios” a los beneficiarios de los servicios. Sin embargo, el PNUFID reconoce que el término “paciente” es más apropiado en el contexto de los tratamientos y procedimientos médicos. Si bien en los diversos

- programas de tratamiento del abuso de sustancias tal vez se prefiera describir a los beneficiarios de los respectivos servicios como usuarios o como pacientes, en la *Guía* los dos términos se utilizan indistintamente, sin preferencia alguna.
4. Documento publicado en 2003.
 5. *30º informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 873 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998), pág. 3.
 6. *Demand reduction – A Glossary of Terms* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.00.XI.9), pág. 73.
 7. Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, núm. 7515.
 8. Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1019, núm. 14956.
 9. *Documentos Oficiales de la Conferencia de las Naciones Unidas para la Aprobación de una Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, Viena, 25 de noviembre a 20 de diciembre de 1988*, vol. I (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.94.XI.5).
 10. Artículo 38, Medidas contra el uso indebido de estupefacientes, de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, y artículo 20, Medidas contra el uso indebido de sustancias sicotrópicas, del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
 11. Opioid Treatment Programs Accreditation Project: Program Information, en el sitio <http://www.samhsa.gov/centers/csat/content/opat/otpaccr.html>
 12. OMS/PNUFID/OEDT, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3—Needs Assessment* (Ginebra, OMS, 2000). Véase http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/needsassessment.pdf
 13. PNUFID, *Evaluaciones rápidas de la situación en cuanto al uso indebido de drogas y medidas de respuesta* (Viena, 1999). Véase: http://www.odccp.org/report_1999-03-31_1.html
 14. http://www.who.int/substance_abuse/pubs_prevention_assessment.htm
 15. OEDT, *Estimating the prevalence of Problem Drug Use in Europe*, serie de monografías científicas del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, núm. 1 (Lisboa, 1997).

Personas con necesidades especiales de tratamiento

Los jóvenes y los niños

En las estrategias sobre drogas habrá que estudiar cuál es la mejor manera de prestar servicios a los jóvenes y a los niños que tengan problemas de drogas, o que corran peligro de tenerlos. Tal vez sea útil establecer los siguientes subgrupos prioritarios: niños (de hasta 12 años de edad); jóvenes (de 13 a 17 años) y adultos jóvenes (de 18 a 24 años). Entre los jóvenes y niños se han determinado los siguientes grupos de alto riesgo:

- Los jóvenes con un nivel de escolarización escaso o nulo;
- Los jóvenes atendidos por instituciones de bienestar social;
- Los jóvenes sin hogar, especialmente los niños de la calle;
- Los jóvenes y niños en las situaciones de conflicto o después de los conflictos;
- Los menores en el mercado de trabajo;
- Los jóvenes que viven en entornos con un alto nivel de abuso de drogas;
- Los delincuentes juveniles.

Cabe reconocer que para evaluar con acierto los múltiples riesgos y problemas que pueden experimentar los jóvenes y los niños se tropieza con grandes dificultades. Asimismo, la elaboración de medios de tratamiento y de apoyo debidamente adaptados a los jóvenes y a los niños es una ardua tarea y se cuenta con poca experiencia en la prestación de servicios.

Las soluciones eficaces radican en la integración de los servicios generales para los jóvenes y los niños con los especializados en el tratamiento del abuso de drogas, junto con la participación de las estructuras de apoyo de la familia y la comunidad.

Las mujeres

En la mayoría de los sistemas de tratamiento, el número de mujeres que recurre a los servicios de tratamiento es marcadamente inferior al de los hombres. Esto se debe en parte al número mayor de hombres con graves problemas de drogas en la población en general, pero también a la

renuencia de las mujeres a acudir a los servicios de tratamiento. Hay varias razones para que eso ocurra. Algunas mujeres pueden sentir o temer una fuerte estigmatización en su contra y resistirse por ello a solicitar ayuda. Debido a que es mayor el número de hombres que se atienden, algunos servicios pueden ser menos sensibles a las necesidades de las mujeres y menos capaces de atenderlas adecuadamente.

Las embarazadas que consumen drogas deberían ser objeto de especial atención por parte de los servicios desde el comienzo del embarazo. Los niveles de apoyo a este grupo de mujeres varían mucho entre los servicios especializados en la mayoría de los países. Esta situación, sumada al miedo a las consecuencias si se descubriera su drogadicción, puede disuadir a muchas adictas embarazadas de acudir a tiempo a los servicios de maternidad y tratamiento, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales. Como algunas de estas mujeres acuden al tratamiento precisamente por su embarazo, debería aprovecharse esa oportunidad importante de ofrecer tratamiento y apoyo. La importancia de atender a las necesidades de los jóvenes también se aplica al cuidado de los hijos. Por ejemplo, es probable que escaseen los servicios de guardería para las adictas que acuden a los servicios de tratamiento. Las instituciones de tratamiento deben responder a esa situación alentando a las embarazadas a que soliciten ayuda y se mantengan en contacto con instituciones de apoyo especializado y general.

Personas de edad

La prevalencia del abuso de drogas varía con la edad. Si bien la vulnerabilidad al consumo de drogas es máxima entre los jóvenes, no hay que olvidar a las personas de edad que, o bien empezaron tardíamente, o bien cuentan con un largo historial de drogadicción. Los ancianos con problemas de abuso de drogas constituyen una población bastante oculta, y sus necesidades no suelen conocerse bien.

Personas con problemas de drogas y otros problemas psiquiátricos

Existe una gran preocupación por mejorar los servicios y los resultados en lo que respecta a las personas con trastornos

concomitantes de orden psiquiátrico y de abuso de sustancias. Hay pocas investigaciones y pruebas clínicas respecto del tratamiento eficaz y el cuidado de las personas con patologías asociadas al abuso de sustancias psicoactivas. Hay pruebas de que las personas con problemas de uso de sustancias y trastornos psiquiátricos concomitantes mantienen un contacto relativamente frecuente con los servicios médicos y pueden necesitar un tratamiento más intensivo. Sin embargo, parecería que el abuso de sustancias es menos grave entre las personas que se someten a un tratamiento psiquiátrico que entre las que inician un tratamiento por problemas primarios de abuso de sustancias. También es importante tener en cuenta y prevenir la posibilidad de que los drogodependientes que sufren enfermedades mentales graves no respondan bien a los planes y métodos terapéuticos tradicionales, o no los cumplan.

Personas sin hogar

Los problemas de drogas y de salud mental de las personas sin hogar son motivo de gran preocupación en muchas regiones y países. Hay también pruebas de que el abuso de drogas es un factor de riesgo en lo que se refiere a no tener alojamiento estable. Por personas sin hogar se entiende las que se alojan en albergues nocturnos y temporales y dependen de la acogida de amigos y parientes, así como las que duermen a la intemperie en las calles. Los problemas de salud más comunes que aquejan a las personas que duermen a la intemperie son los trastornos psicológicos y el consumo de alcohol y de drogas.

Personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas

Muchas personas que pertenecen a poblaciones minoritarias viven lejos de las zonas urbanas y pueden diferenciarse de la población mayoritaria de múltiples maneras, por ejemplo, por el origen étnico, el idioma, la cultura y las creencias. En algunas zonas, la prevalencia del consumo de drogas entre las minorías puede ser mucho más elevada que en el resto de la población. Los servicios que necesitan esas minorías también pueden ser diferentes. Por ejemplo, es posible que esas personas prefieran programas de acercamiento en la comunidad, en lugar de los de hospitalización u otros programas de tratamiento residenciales.

Personas seropositivas (VIH)

Las personas que acuden a servicios de tratamiento de la drogadicción y que son seropositivas necesitan atención primaria en lo referente a la drogadicción, pero también los cuidados que exige su condición de seropositivas. Esos pacientes tienen problemas especiales que resolver con el tratamiento, muchos de los cuales entran en el capítulo del trabajo del duelo. Esas personas tendrán que hacer frente a múltiples pérdidas, actuales y previstas, asociadas al diagnóstico, en relación con la longevidad, la salud y los planes profesionales y familiares, incluidas sus relaciones y sus hijos.

El doble estigma y la vergüenza relacionados con el abuso de drogas y el VIH/SIDA exigen una amplia labor terapéutica, al igual que los miedos a la aparición del SIDA, a la discapacidad y a la muerte. El consejero que trabaje con pacientes seropositivos debe estar preparado para atender a sus necesidades y debe ser supervisado en su labor. Además, los pacientes pueden estar en tratamiento antirretroviral y profiláctico contra diversas infecciones oportunistas. Hay que tener en cuenta la posible interacción con el tratamiento farmacológico de su dependencia de sustancias. Deben establecerse vínculos estrechos y de coordinación entre los servicios de tratamiento del abuso de sustancias y los de asistencia a las personas con VIH/SIDA.

Personas a cargo del sistema de justicia penal

Muchas personas que se hallan en contacto con el sistema de justicia penal tienen problemas y un historial de abuso de drogas. La detención sin tratamiento a menudo da lugar a la recaída en la drogodependencia cuando la persona regresa a su comunidad. Los programas de tratamiento ayudarán a reducir no solo el abuso de drogas sino también los delitos relacionados con éstas. La cooperación entre los encargados del tratamiento y los sistemas de justicia penal es una parte importante de los programas de tratamiento de esas personas. Hay cuestiones que atañen a la individualización y el trato de los drogadictos que se hallan en custodia policial, en la cárcel o en servicios de libertad condicional. El abuso de drogas plantea un grave problema a las autoridades de justicia penal en casi todos los países.

Subgrupos de la población de consumidores de drogas

Consumidores de drogas que no han desarrollado dependencia

El grupo de consumidores que no son drogodependientes comprende a las personas que tienen problemas relacionados con las drogas, pero no reúnen las condiciones establecidas para el diagnóstico de dependencia. Ese grupo puede abarcar un gran número de consumidores jóvenes que han empezado a abusar de las drogas hace relativamente poco tiempo. Muchos jóvenes que abusan de las drogas, en particular los que lo hacen con fines recreativos, no consideran que eso sea un problema y no hacen nada por obtener ayuda. Habida cuenta de que los miembros de ese grupo (tanto los adultos como, especialmente, los jóvenes) corren peligro de que su consumo de drogas adquiera mayores dimensiones, pueden constituir destinatarios ideales de los servicios de intervención precoz, en particular los de detección e intervención precoces en la comunidad.

Consumidores de drogas por inyección

El grupo de consumidores por inyección comprende a las personas que se inyectan drogas y pueden correr peligro de contraer y transmitir enfermedades por la sangre. Esas personas están mucho más predispuestas a la drogodependencia y a los daños relacionados con las drogas. Constituyen un subgrupo que debe ser atendido por los programas de acercamiento encaminados a reducir las consecuencias del abuso de drogas para la salud y por programas de tratamiento estructurado, según corresponda.

Drogodependientes

El grupo de drogodependientes comprende a las personas que tienen problemas relacionados con drogas y que reúnen un conjunto de condiciones establecidas para el diagnóstico de drogodependencia. Pertenecen a él la mayoría de las personas que acuden a los servicios especializados en el tratamiento del abuso de drogas. Esas personas pueden necesitar tratamiento intensivo en la comunidad y/o tratamiento residencial, así como apoyo posterior, conjuntamente con servicios de readaptación social para aliviar sus problemas de vivienda, empleo y capacitación. A continuación se presentan dos ejemplos de los criterios establecidos para determinar la dependencia.

La dependencia de opioides (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), código F11.2; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV), código 304.00 se define de la siguiente manera en el DSM: la mayoría de las personas dependientes de opioides presentan un alto grado de tolerancia y experimentarán un síndrome de abstinencia si suspenden abruptamente el consumo de esas sustancias. La dependencia se manifiesta en signos y síntomas que reflejan la autoadministración compulsiva y prolongada de sustancias opioides. Entre las características clínicas pueden figurar la conciencia subjetiva de la compulsión de consumir esas drogas, la disminución de la capacidad de controlar el consumo y la preponderancia de un comportamiento caracterizado por el ansia de conseguir drogas.

La dependencia de la cocaína (CIE-10, código F14.2; DSM-IV, código 304.20) se caracteriza por una relativa imposibilidad de controlar las cantidades que se consumen, dosis elevadas, con pautas de consumo habitualmente por períodos, angustia y depresión cada vez mayores, ideas paranoides (en algunos consumidores) y pérdida de peso. La presencia de un síndrome de abstinencia definido tras la cesación de un consumo intenso y prolongado de cocaína ha sido hasta cierto punto objeto de controversia. Por lo general no se observa un síndrome claro y existen marcadas variaciones en una misma persona y entre las personas en cuanto al tipo y gravedad de los problemas que se presentan.

Casos de intoxicación aguda

Las necesidades especiales de los consumidores de drogas que sufren intoxicación aguda derivan de los riesgos de morbilidad y mortalidad planteados por las reacciones adversas y la sobredosis de drogas. Existen indicios de que unas dos terceras partes de los consumidores de heroína han sido víctimas de sobredosis y, además, los consumidores de estimulantes que sufren intoxicación y registran síntomas psicóticos pueden clasificarse en ese subgrupo. Si bien la intoxicación aguda es un fenómeno independiente, las necesidades de la persona se pueden asimilar a las relacionadas con la dependencia, la comorbilidad y el síndrome de abstinencia. La mayoría de los servicios que se prestan a la persona intoxicada son

ajenos a los servicios especializados en el tratamiento del abuso de drogas o de salud mental (por ejemplo, los de los departamentos de atención de urgencia o en caso de accidente o de la policía).

Drogodependientes con síndrome de abstinencia

El grupo de drogodependientes con síndrome de abstinencia comprende a las personas con síntomas de privación tras suspender el consumo de una o más clases de drogas. Por ejemplo, la cesación del consumo de opiáceos produce un síndrome de abstinencia caracterizado por efectos fisiológicos y subjetivos observables, por ejemplo, síntomas somáticos de diversa intensidad, análogos a los de los estados gripales, junto con trastornos del sueño y

angustia. Los drogodependientes comprendidos en esa categoría pueden necesitar atención médica intensiva y apoyo planificado para la desintoxicación en el marco de un programa de hospitalización o de tratamiento en la comunidad, según sus necesidades.

Drogodependientes en recuperación

El grupo de drogodependientes en recuperación comprende a las personas que han llegado a un estado de abstinencia de la principal droga causante del problema (o de todas las drogas), por lo general sometándose a un tratamiento completo. Esas personas pueden necesitar servicios de rehabilitación residencial, formación profesional, programas de postratamiento en la comunidad y otra clase de apoyo.

Ejemplo de programa de rehabilitación residencial

En el presente anexo se describe, con fines ilustrativos, un programa residencial que se ha preparado como referencia para posibles organismos de financiación o entidades encargadas de remitir pacientes. Se trata de una descripción concisa de la finalidad del programa, sus destinatarios y su funcionamiento. El presente anexo va dirigido a profesionales. Habría que añadir por separado material informativo para los usuarios.

Introducción

El programa comprende un servicio dotado de 20 camas para adultos drogodependientes de sexo masculino en recuperación. La carpeta de información para el usuario contiene mayor información al respecto. El programa está organizado en dos etapas. La primera etapa (primaria) dura tres meses. Las personas que deseen proseguir el tratamiento y reciban apoyo para ello podrán pasar a la segunda etapa, que tiene por objeto promover una vida semiindependiente como período preparatorio antes de regresar a la comunidad. La duración de la segunda etapa es optativa, aunque normalmente dura ocho semanas. A continuación se describen los principales elementos del programa.

Descripción de los grupos de usuarios a los que se prestan servicios

El programa está destinado a adultos con diagnóstico de drogodependencia (según los criterios del DSM-IV).

Principios básicos

En el programa se reconoce que algunas personas con problemas complejos causados por el abuso de drogas necesitan una tregua y un plan intenso de apoyo y atención que no es conveniente ejecutar en la comunidad o en un tratamiento ambulatorio.

Dirección

El programa tiene un órgano directivo integrado por hombres y mujeres de diversas razas y profesiones. Los miembros del comité se eligen anualmente y su reunión anual y composición son objeto de revisión periódica.

Misión básica y gestión estratégica

La misión del programa es facilitar la recuperación de personas con trastornos provocados por el uso de sustancias y rehabilitarlas para que se puedan readaptar a la sociedad. El programa se desarrolla con arreglo a una declaración interna sobre su misión básica, un plan estratégico trienal o quinquenal y un plan anual.

Enfoque terapéutico

El programa se basa en una doctrina y un método de 12 pasos, cuyos elementos básicos son:

- Mantenimiento de la abstinencia de drogas ilícitas en un entorno terapéutico controlado;
- Vida comunitaria con otros drogodependientes en recuperación;
- Hincapié en la responsabilidad compartida con los demás pacientes y el asesoramiento en grupo;
- Asesoramiento y apoyo orientados a la prevención de recaídas;
- Apoyo individual y promoción de la enseñanza, la formación y la experiencia laboral;
- Refuerzo de las aptitudes para las actividades de la vida cotidiana;
- Apoyo para conseguir vivienda y reinstalarse.

Personal

El programa terapéutico está a cargo de un equipo multidisciplinario formado por:

- Un coordinador o administrador;
- Dos administrativos o secretarios;
- Un psicólogo clínico;
- Tres asistentes sociales;
- Un terapeuta ocupacional;
- Cuatro trabajadores sociales o de la salud especializados en problemas de drogas;
- Tres enfermeras especializadas en atención psiquiátrica en la comunidad.

La composición del equipo, en cuanto a raza y sexo, debe ser equilibrada.

Acceso e información para la remisión de casos

Se tiene acceso al programa por conducto del departamento de servicios sociales de la administración local. Todas las funciones iniciales de reconocimiento y evaluación del paciente están a cargo del equipo de servicios sociales.

Criterios de evaluación

Todas las personas que solicitan tratamiento son sometidas a una evaluación integral a cargo de un miembro del equipo en la que se tienen en cuenta aspectos sanitarios, sociales, económicos, psicológicos, laborales, familiares, interpersonales y jurídicos.

Planificación y examen de la atención

Para cada paciente se prepara por escrito un plan de atención en el que se especifican sus necesidades, el modo en que las encarará el servicio (y otros proveedores de servicios, según proceda) y la manera de vigilar, evaluar y revisar el plan, de ser necesario. Todos los pacientes tendrán una persona de referencia encargada de su tratamiento y recibirán una copia de su plan de atención. Al comienzo del tratamiento se fijarán fechas para revisar el plan de atención.

Conclusión del tratamiento

El momento de terminar el tratamiento y la remisión del caso a otro servicio constituyen dos elementos planeados del programa. Normalmente, el principal encargado del tratamiento del paciente vigila ese proceso, si bien en algunos tipos de programas tal vez se disponga de personal asignado especialmente a facilitar la remisión de los casos y el postratamiento.

Gestión y desarrollo de los recursos humanos

El programa cuenta con una política de contratación, selección de personal y empleo que consta por escrito y se enmarca en la legislación en materia de igualdad de oportunidades y derechos laborales y con una política de gestión de los recursos humanos y un sistema de supervisión y evaluación que sirven para fiscalizar y motivar al personal y respaldarlo en sus funciones.

Entorno físico

Los locales y demás elementos del entorno deben cumplir los requisitos establecidos en las normas aplicables, así como los requisitos pertinentes de inscripción, incluidos los previstos en las leyes sobre salud y seguridad, salud ambiental y seguridad contra incendios. Los locales estarán en buen estado y bien decorados, su mobiliario se reemplazará cuando sea necesario y se velará por mantener un entorno seguro y por realizar con prontitud las reparaciones necesarias. El decorado y el mobiliario serán acordes a las necesidades de los residentes y todos procurarán crear un ambiente acogedor y cómodo que dé una sensación de hogar.

Alojamiento y alimentación

En todos los casos, el alojamiento que brinde el programa será confortable y se respetarán los derechos de los residentes a la intimidad, la dignidad y la independencia. Los alimentos y bebidas serán nutritivos y sanos y la dieta variada y equilibrada.

Supervisión de la ejecución y calidad de los servicios

El programa dispone de criterios y procedimientos para documentar los productos y resultados de los servicios e informar al respecto. Los criterios se establecerán de acuerdo con las autoridades competentes y demás órganos externos pertinentes. Los informes de supervisión de productos y resultados se presentarán al órgano directivo del programa y demás entidades externas pertinentes, conforme a lo estipulado en los contratos correspondientes.

Políticas operacionales

Los procedimientos y políticas operacionales básicos abarcan:

- En relación con el usuario:
 - Una declaración de derechos;
 - Trabajo con grupos especiales y prioritarios (por ejemplo, niños y jóvenes, embarazadas drogo-dependientes, padres de familia que consumen drogas y personas con problemas psiquiátricos concomitantes);
 - La confidencialidad;
 - Un procedimiento de presentación de reclamaciones;
 - Procedimientos para la participación de los usuarios del servicio;
 - Una política con respecto a los visitantes del programa;
 - Una política de respeto de la vida privada de los usuarios del servicio;
 - Una política de igualdad de oportunidades;
- En relación con el entorno y el personal del programa:
 - Aspectos de salud y seguridad;
 - Procedimientos de contratación y empleo;
 - Un sistema de evaluación del personal;
 - Un régimen disciplinario y de reclamaciones;
 - Una política relativa al exceso de personal;
 - Una estrategia de capacitación del personal;
 - Empleo de personas que han tenido problemas relacionados con sustancias;
 - Cuestiones de violencia en el trabajo;
 - Métodos de trabajo en la comunidad (lo que abarca, por ejemplo, actividades de acercamiento y visitas a domicilio).

Todas las políticas tienen una vigencia limitada y se revisan periódicamente (por ejemplo, todos los años).

Ejemplo de formulario para el reconocimiento inicial del paciente

El formulario que figura a continuación es un ejemplo del que se utiliza en el Reino Unido.

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de referencia del reconocimiento inicial (si se utiliza): _____

Sexo: Masculino Femenino Grupo de edad: hasta 17 años 18 a 24 años
25 a 29 años de 30 años en adelante

¿Tiene el paciente hijos a cargo?: : sí no

Residencia habitual: _____ [localidad]

Consumo de sustancias en los últimos tres meses

	<i>Consumo</i>	<i>Problema*</i>	<i>Orden</i>
Opioides			
Cocaína			
Anfetaminas			
Sedantes o tranquilizantes			
Alucinógenos			
Disolventes e inhalables			
Cannabis			
Alcohol			

*Por problema se entiende dificultades relacionadas con el consumo de sustancias en uno o más de los siguientes aspectos: salud física, salud mental, relaciones familiares y sociales, vivienda, trabajo y empleo o situación financiera.

Lista de comprobación de prioridades

- Embarazo
- Riesgos para los hijos
- En la actualidad el paciente consume drogas por inyección
- El paciente tiene trastornos físicos o síntomas que tal vez requieran tratamiento
- El paciente tiene problemas psiquiátricos que tal vez requieran tratamiento
- Existe la posibilidad de que el paciente se autoinflija daños
- Existe la posibilidad de que el paciente plantee una amenaza para la seguridad de otras personas

Medidas

1. El paciente está en tratamiento o en contacto actualmente con:

- Un servicio especializado en el tratamiento del abuso de sustancias:
- Un médico general
- Un equipo de atención de la salud mental en la comunidad
- Un programa de justicia penal
- Servicios sociales
- Otro tipo de tratamiento (especificar): _____

Detalles del tratamiento o servicio: _____

2. Prioridad para la remisión del caso

Problemas de abuso de sustancias (indíquese con un círculo)

- 0 = No es necesario remitirlo (no se determinaron problemas de consumo de drogas que requieran una nueva evaluación)
- 1 = Remisión normal (se han encontrado problemas de consumo de sustancias y los servicios de tratamiento del abuso de sustancias deberán seleccionar la forma de intervención)
- 2 = Remisión prioritaria (se han encontrado problemas importantes que los servicios de tratamiento del abuso de sustancias deberán evaluar con carácter prioritario)
- 3 = Remisión inmediata (se han encontrado problemas graves y urgentes que los servicios de tratamiento del abuso de sustancias deberán evaluar de inmediato)

Otros problemas médicos o sociales —0, 1, 2, 3

3. Caso remitido a:

- Servicios especializados en el tratamiento del abuso de sustancias
- Servicios hospitalarios en caso de accidente y salas de urgencia
- Médico general
- Servicios sociales

Detalles: _____

Encargado del reconocimiento inicial: _____ Fecha: _____

Ejemplo de formulario de evaluación para la selección de la forma de intervención

El formulario que figura a continuación es un ejemplo del que se utiliza en el Reino Unido.

Detalles de la remisión del caso

Fecha del reconocimiento inicial (si corresponde): _____ Fecha de la presente evaluación: _____

Organismo que remitió el caso: _____

Información sobre el paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de referencia del reconocimiento inicial (si se utiliza): _____

Sexo: Masculino Femenino Grupo de edad: hasta 17 años 18 a 24 años
25 a 29 años de 30 años en adelante

Categoría étnica:

Blanco A-británico, B-irlándes, C-otra nacionalidad
Mestizo D-caribeño hijo de blanco y negro, E-africano hijo de blanco y negro,
F-hijo de blanco y asiático, G-otras categorías de mestizos
Asiáticos y británicos asiáticos H-indio, J-pakistaní, K-de Bangladesh, L-asiático de otro origen
Negros y británicos negros M-caribeño, N-africano, P-negro de otro origen
Otras categorías étnicas R-chino, S-otras, Z-no indicada

¿Tiene el paciente hijos a cargo?: sí no

Residencia habitual: _____ [localidad]

Situación laboral: empleado con trabajo ocasional desocupado otra *especificar* _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Consumo de sustancias y problemas conexos

Sustancia	Consumo	Número de días de consumo en las cuatro últimas semanas	Último día de consumo [1 = hoy; 2 = ayer; etc.]	¿Está causando problemas?	Enumere las principales drogas causantes del problema [las primeras tres]
Alcohol					
Anfetaminas					
Cannabis					
Cocaína					
Alucinógenos					
Disolventes o inhalables					
Opioides					
Sedantes o tranquilizantes					

Principal sustancia causante del problema: _____

Detalles sobre el consumo de fármacos recetados en las últimas cuatro semanas:

Lista de comprobación de la dependencia

En los últimos seis meses

(La respuesta afirmativa lleva un punto)

- a) ¿Ha tenido que consumir más [la droga principal] para obtener el efecto deseado, o el consumo de la cantidad habitual ha surtido menos efecto que antes?
- b) ¿Se ha sentido enfermo o indispuesto al desaparecer los efectos de [la droga principal], o ha consumido una cantidad mayor de esa droga, o de una droga análoga, para aliviar o evitar el malestar?
- c) ¿Ha consumido [la droga principal] en cantidades mayores o durante períodos más prolongados de lo que era su intención?
- d) ¿Ha sentido un deseo permanente o intenso de consumir [la droga principal], o ha tenido problemas para reducir el consumo o para controlar su frecuencia y cantidad?
- e) ¿Ha dedicado mucho tiempo para conseguir o consumir [la droga principal], o para recuperarse de sus efectos?
- f) ¿Ha abandonado el trabajo o las actividades sociales o de esparcimiento a causa del consumo de [la droga principal]?
- g) ¿Ha seguido consumiendo [la droga principal], pese a los problemas físicos o psicológicos que eso le causa?

Puntuación total = _____

Si la puntuación total es de 3 o más, se diagnostica dependencia

Indíquese si es:

Con dependencia fisiológica:

Existen indicios de tolerancia o síntomas de abstinencia

(es decir, se ha respondido afirmativamente a las preguntas [a] o [b])

Sin dependencia fisiológica:

No hay indicios de tolerancia ni síntomas de abstinencia

(es decir, no se ha respondido afirmativamente a la pregunta [a] ni a la pregunta [b])

En caso de NO diagnosticarse dependencia, compruébese si la persona abusa de sustancias

Lista de comprobación del abuso de sustancias

En los últimos 6 meses

(La respuesta afirmativa lleva un punto)

- a) ¿Ha considerado que el consumo de [la droga principal] lo ha llevado a descuidar ciertos aspectos de su vida o ha causado problemas en los planos social, familiar o laboral?
- b) ¿Ha consumido [la droga principal] en situaciones de riesgo o peligro (por ejemplo, ha conducido un automóvil o utilizado maquinaria bajo los efectos de la droga)?
- c) ¿Lo ha detenido o interrogado la policía en relación con el consumo de [la droga principal]?
- d) ¿Ha seguido consumiendo [la droga principal], pese a los problemas que le causa en su vida social o en sus relaciones personales?

Puntuación total = _____

Si la puntuación total es de 1 o más, se diagnostica abuso de la droga principal

Historial de tratamiento y evaluación del tratamiento basada en ciertos criterios

Tratamiento especializado del abuso de sustancias

Modalidad de tratamiento	¿Lo ha recibido alguna vez?	¿Está actualmente en tratamiento?	Número de tratamientos	Mes/año del tratamiento más reciente	Razón para dejar el tratamiento más reciente*
Desintoxicación en régimen de internación					
Desintoxicación en la comunidad					
Tratamiento farmacológico en la comunidad					
Tratamiento residencial					
Atención planificada					
Programa ambulatorio estructurado					

*Códigos: 1 = alta planificada [terminó el plan de atención en el organismo]; 2 = alta no planificada [el paciente abandonó el tratamiento o lo suspendió por otra razón]; 3 = traslado a otro organismo o tratamiento; 4 = alta por razones administrativas o disciplinarias [incumplimiento del plan de tratamiento o de las normas del servicio].

Tratamiento de salud mental

Modalidad de tratamiento	¿Lo ha recibido alguna vez?	¿Está actualmente en tratamiento?	Número de tratamientos	Mes/año del tratamiento más reciente	Razón para dejar el tratamiento más reciente*
Tratamiento con internación					
Tratamiento de salud mental en la comunidad					
Médico general					
Otros (especificar)					

*Códigos: 1 = alta planificada [terminó el plan de atención en el organismo]; 2 = alta no planificada [el paciente abandonó el tratamiento o lo suspendió por otra razón]; 3 = traslado a otro organismo o tratamiento; 4 = alta por razones administrativas o disciplinarias [incumplimiento del plan de tratamiento o de las normas del servicio].

Voluntad de someterse a tratamiento y necesidades observadas

Sírvase marcar la respuesta correspondiente

El paciente está muy motivado para recibir tratamiento con carácter prioritario.

El paciente está bastante motivado para recibir tratamiento, pero con ciertas reticencias.

El paciente no expresa preferencia por ninguna modalidad de tratamiento en particular, pero está dispuesto a participar en otras sesiones de evaluación.

El paciente muestra escasa motivación o disposición para someterse a tratamiento en este momento.

Tipo de tratamiento preferido por el paciente

- Tratamiento con internación
- Desintoxicación en la comunidad
- Tratamiento farmacológico en la comunidad (servicio especializado, médico general o tratamiento mixto a cargo de varios médicos generales)
- Rehabilitación residencial
- Programas ambulatorios estructurados
- No expresa preferencia alguna

Grado de prioridad de la remisión

Indíquense todos los factores de prioridad que se apliquen a la situación del paciente:

Embarazo

Paciente seropositivo (VIH/hepatitis-B/hepatitis-C)

Actual consumidor de drogas por inyección

Ha compartido equipo para inyecciones en las últimas cuatro semanas

Consumidor de varias sustancias de efecto depresivo (por ejemplo, opioides, benzodiazepinas y alcohol)

Problemas (trastornos) físicos que se deben observar o tratar

El paciente es delincuente habitual

El paciente está sumido en una grave crisis familiar o interpersonal

El paciente tiene problemas para cuidar de sus hijos

Puntuación total para la determinación del grado de prioridad

Determinación de riesgos

Riesgo para sí mismo

Puntuación

0 = no hay indicios de que represente un riesgo para sí mismo

1 = bajo riesgo (ideas suicidas ocasionales o intención de autoinfligirse daños, que pueden mejorar con tratamiento)

2 = riesgo moderado (pensamientos frecuentes de suicidio)

3 = alto riesgo (grave riesgo de suicidio)

Riesgo para terceros

Puntuación

0 = no hay indicios de que represente un riesgo para terceros

1 = bajo riesgo (agresividad verbal ocasional, pero sin antecedentes de actos de violencia)

2 = riesgo moderado (violencia verbal y física ocasional)

3 = alto riesgo (pruebas recientes de actos de violencia que pueden plantear un peligro considerable para el personal y los demás pacientes)

Índice sumario de gravedad de la adicción

A continuación figura una versión del Índice sumario de gravedad de la adicción

Índice sumario de gravedad de la adicción

Los puntos que están subrayados se utilizan para la evaluación de los resultados

1. Estado médico

- M1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas físicos? _____
- M3. ¿Tiene alguna enfermedad crónica que le impida llevar una vida normal?
0. No 1. Sí – En caso afirmativo, especifique: _____
- M4. ¿Toma con regularidad algún medicamento recetado para un problema físico?
0. No 1. Sí – En caso afirmativo, especifique: _____
- M5. ¿Recibe pensión por discapacidad física?
0. No 1. Sí – En caso afirmativo, especifique: _____
- M6. ¿Cuántas veces ha tenido problemas físicos en los últimos 30 días? _____
- M7. ¿Cómo ha sido la molestia o el malestar causado por esos problemas en los últimos 30 días?
0. Nulo 1. Leve 2. Moderado 3. Fuerte 4. Muy fuerte
- M8. ¿Qué importancia tiene para usted ahora el tratamiento de esos problemas físicos?
0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima

Grado de confianza

¿La información anterior está *muy* desvirtuada porque:

- M10. Hubo tergiversación por parte del usuario? 0. No 1. Sí
- M11. El usuario no comprendió las preguntas? 0. No 1. Sí

Empleo/ingresos

- E1. Nivel de educación: Años _____ Meses _____
- E2. Capacitación o educación técnica: Años _____ Meses _____
- E4. ¿Posee un permiso de conducir válido? 0. No 1. Sí
- E5. ¿Dispone de un automóvil? 0. No 1. Sí
- E7. Ocupación habitual o último empleo _____
- E9. ¿Su trabajo genera la mayoría de sus ingresos? 0. No 1. Sí
- E10. ¿Cómo fue su trabajo durante los últimos tres años?
1. Jornada completa (35 horas o más) 2. Jornada parcial (horario regular) 3. Jornada parcial (horario irregular)
4. Estudiante 5. Servicio 6. Jubilado/discapacitado 7. Desempleado 8. En un entorno controlado
- E11. ¿Cuántos días recibió remuneración por su trabajo durante los últimos 30 días? _____
- E12. Empleo (sueldo neto o “líquido”) _____
- E13. Compensación por desempleo _____
- E14. Bienestar social: _____
- E15. Jubilaciones, beneficios o seguridad social _____
- E16. Pareja, familia o amigos _____
- E17. Ilegal _____
- E18. ¿Cuántas personas dependen principalmente de usted en lo que respecta a la alimentación, la vivienda y demás aspectos? _____

- E19. ¿Cuántas veces ha tenido problemas laborales en los últimos 30 días? _____
- E20. ¿Cuánto le han molestado o preocupado esos problemas laborales en los últimos 30 días?
0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo
- E21. ¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir asesoramiento en relación con esos problemas laborales?
0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima

Grado de confianza

¿La información anterior está muy desvirtuada porque:

- E23. Hubo tergiversación por parte del usuario? 0. No 1. Sí
- E24. El usuario no comprendió las preguntas? 0. No 1. Sí

Consumo de alcohol/drogas

Vías de administración: 1. Oral 2. Nasal 3. Fumando 4. Inyección no intravenosa 5. Intravenosa

- D1. Alcohol (cualquier tipo de consumo): En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) _____
- D2. Alcohol (hasta embriagarse): En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) _____
- D3. Heroína: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D4. Metadona: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D5. Otros opiáceos/analgésicos:
En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D6. Barbitúricos: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D7. Sedantes/hipnóticos:
En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D8. Cocaína: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D9. Anfetaminas: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D10. Cannabis: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D11. Alucinógenos: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D12. Inhalables: En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____ Vía de administración ____
- D13. Más de una sustancia por día (incluido el alcohol):
En los últimos 30 días: ____ En toda la vida (años) ____
- D17. ¿Cuántas veces ha sufrido delirium trémens provocado por el alcohol? _____

¿Cuántas veces ha sido tratado por

- D19. Abuso del alcohol? _____
- D20. Abuso de drogas? _____

¿Cuántos de esos tratamientos fueron solamente de desintoxicación por:

- D21. Abuso de alcohol? _____
- D22. Abuso de drogas? _____

¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado durante los últimos 30 días

- D23. En alcohol? _____
- D24. En drogas? _____
- D25. ¿Cuántos días ha sido tratado como paciente ambulatorio por consumo de alcohol o drogas en los últimos 30 días?

¿Cuántas veces ha tenido en los últimos 30 días

- D26. Problemas de alcohol? _____
- D27. Problemas de drogas? _____

¿Cuánto le han preocupado o molestado en los últimos 30 días esos

- D28. Problemas de alcohol?: 0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo
- D29. Problemas de drogas?: 0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo

¿Qué importancia tiene para usted ahora tratarse de esos:

D.30. Problemas de alcohol?: 0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima

D.31. Problemas de drogas?: 0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima

Grado de confianza

¿La información anterior está muy desvirtuada porque:

D.34. Hubo tergiversación por parte del usuario? 0. No 1. Sí

D.35. El usuario no comprendió las preguntas? 0. No 1. Sí

2. Situación legal

L1. ¿Su ingreso fue iniciado o sugerido por el sistema de justicia penal? 0. No 1. Sí

L2. ¿Está usted en libertad condicional o libertad vigilada? 0. No 1. Sí

¿Cuántas veces en su vida ha sido arrestado y acusado de los siguientes delitos:

L3. Ratería de tiendas/vandalismo

L.10. Agresión

L4. Violación de la libertad condicional/libertad vigilada

L.11. Incendio provocado

L5. Acusaciones sobre drogas

L.12. Violación

L6. Falsificación

L.13. Homicidio/Homicidio sin premeditación

L7. Delitos de armas

L. 14. Prostitución

L8. Robo con allanamiento de morada /hurto/violación de domicilio

L.15. Desacato a los tribunales

L9. Robo con violencia

L.16 Otro delito

L17. ¿Cuántas de esas acusaciones dieron lugar a sentencias condenatorias? _____

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

L18. Desorden público, vagancia, ebriedad en público? _____

L19. Conducir en estado de ebriedad? _____

L20. Infracciones importantes de las reglamentaciones de tráfico? _____

L21. ¿Cuántos meses ha estado encarcelado en toda su vida? _____

L24. ¿Espera actualmente alguna acusación, juicio o sentencia? 0. No 1. Sí

L25. ¿ Por qué infracción?

L26. ¿Cuántos días de los últimos 30 ha estado detenido o encarcelado? _____

L27. ¿Cuántos días de los últimos 30 ha estado involucrado en actividades ilegales en provecho propio? _____

L28. ¿Qué graves le parecen sus actuales problemas legales?

0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Muy graves 4. Gravísimos

L29. ¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir asesoramiento o ser remitido a un servicio de tratamiento en relación con esos problemas legales?

0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima

Grado de confianza

¿La información anterior está muy desvirtuada porque:

L31. Hubo tergiversación por parte del usuario? 0. No 1. Sí

L32. El usuario no comprendió las preguntas? 0. No 1. Sí

3. Relaciones familiares/sociales

F1. Estado civil:

1. Casado 2. Casado en segundas nupcias 3. Viudo 4. Separado 5. Divorciado 6. Soltero

F3. ¿Está satisfecho con esa situación? 0. No 1. Le es indiferente 2. Sí

F4. En los tres últimos años vivió habitualmente:
 1. Con su pareja e hijos 2. Solamente con su pareja 3. Solamente con sus hijos 4. Con sus padres
 5. Con familiares 6. Con amigos 7. Solo 8. En un entorno controlado 9. En forma inestable

F6. ¿Está satisfecho con esa situación? 0. No 1. Le es indiferente 2. Sí

F9. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?
 1. Con la familia 2. Con amigos 3. Solo

F10. ¿Está satisfecho empleando su tiempo libre de esa manera? 0. No 1. Le es indiferente 2. Sí

¿Vive usted con alguien que:

F7. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? 0. No 1. Sí

F8. Usa drogas sin receta? 0. No 1. Sí

¿Ha tenido períodos importantes en los que haya experimentado graves problemas en sus relaciones con:
 0. No 1. Sí

	En los últimos 30 días	En su vida
<u>F18.</u> Su madre?	_____	_____
<u>F19.</u> Su padre?	_____	_____
<u>F20.</u> Sus hermanos/hermanas?	_____	_____
<u>F21.</u> Su pareja/cónyuge?	_____	_____
<u>F22.</u> Sus hijos?	_____	_____
<u>F23.</u> Otros miembros importantes de la familia?	_____	_____
<u>F24.</u> Sus amigos íntimos?	_____	_____
<u>F25.</u> Sus vecinos?	_____	_____
<u>F26.</u> Sus compañeros de trabajo?	_____	_____

¿Alguna persona le ha maltratado

	En los últimos 30 días	En su vida
<u>F28.</u> Físicamente?	_____	_____
<u>F29.</u> Sexualmente?	_____	_____

¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha tenido conflictos graves:

F30. Con su familia? _____

F31. Con otras personas? _____

¿Cuánto le han preocupado o molestado en los últimos 30 días los:

F32. Problemas familiares? 0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo

F33. Problemas sociales? 0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo

¿Qué importancia tiene para usted ahora recibir tratamiento o asesoramiento en relación con sus:

F34. Problemas familiares? 0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima

F35. Problemas sociales? 0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima

Grado de confianza

¿La información anterior está muy desvirtuada porque:

F37. Hubo tergiversación por parte del usuario? 0. No 1. Sí

F38. El usuario no comprendió las preguntas? 0. No 1. Sí

Estado psiquiátrico

¿Cuántas veces ha sido tratado por un problema psicológico o emocional?

P1. ¿Internado en un hospital o en otro lugar? _____

P2. ¿Como paciente ambulatorio o particular? _____

P3. ¿Recibe pensión por discapacidad psiquiátrica? 0. No 1. Sí

¿Ha tenido períodos considerables (que no hayan sido resultado directo del consumo de alcohol/drogas) en que haya:
0. No 1. Sí

		En los últimos 30 días	En su vida
<u>P4.</u>	Tenido grave depresión (tristeza,desesperación, pérdida de interés, dificultades con alguna función)?	_____	_____
<u>P5.</u>	Sentido gran ansiedad o tensión (nerviosismo, preocupación injustificada o imposibilidad de relajarse)?	_____	_____
<u>P6.</u>	Tenido alucinaciones (visto cosas u oído voces que no eran reales)?	_____	_____
<u>P7.</u>	Tenido dificultades para entender, concentrarse o recordar?	_____	_____
<u>P8.</u>	Tenido problemas para controlar comportamientos violentos?	_____	_____
<u>P9.</u>	Pensado seriamente en suicidarse?	_____	_____
<u>P10.</u>	Intentado suicidarse?	_____	_____
<u>P11.</u>	Tomado algún medicamento recetado por algún problema psiquiátrico o emocional?	_____	_____
<u>P12.</u>	¿Cuántas veces ha tenido esos problemas psicológicos o emocionales en los últimos 30 días?	_____	_____
<u>P13.</u>	¿Cuánto le han preocupado o molestado esos problemas psicológicos o emocionales? 0. Nada 1. Muy poco 2. Moderadamente 3. Mucho 4. Muchísimo		
<u>P14.</u>	¿Qué importancia tiene para usted ahora el tratamiento de esos problemas? 0. Ninguna 1. Muy poca 2. Moderada 3. Mucha 4. Muchísima		

Grado de confianza

¿La información anterior está muy desvirtuada porque:

<u>P22.</u>	Hubo tergiversación por parte del usuario?	0. No	1. Sí
<u>P23.</u>	El usuario no comprendió las preguntas?	0. No	1. Sí

Grupo Pompidou – Proyecto de indicadores de la demanda de tratamiento del OEDT

La finalidad del proyecto de indicadores de la demanda de tratamiento es generar información sistemática comparable sobre las personas que acuden a los servicios de tratamiento en Europa. Un grupo de expertos ha desarrollado un caudal básico de información sobre los centros de contacto para el tratamiento y sobre aspectos sociodemográficos y relativos a las drogas que caracterizan a las personas que acuden a los servicios de tratamiento. Los indicadores se ofrecen como caudal de información básica a partir de la cual los Estados miembros pueden reunir la información suplementaria que necesiten. El conjunto de indicadores de la demanda de tratamiento es el siguiente:

Información sobre centros de contacto para el tratamiento

1. Tipo de centro de tratamiento
(1. Centros de tratamiento ambulatorio 2. Centros de tratamiento en régimen de internación 3. Servicios de bajo umbral o de exigencias mínimas/sin pedir consulta/programas de calle 4. Médicos generales 5. Dependencias de tratamiento en centros penitenciarios)
2. Fecha del tratamiento – mes
3. Fecha del tratamiento – año
4. Sometido a tratamiento anteriormente – (1. Nunca 2. Tratado anteriormente 0. No se sabe)
5. Origen de la remisión del caso – (1. Voluntad propia 2. Familia/amigos 3. Otro centro de tratamiento de drogodependencias 4. Médico general 5. Hospital/otra entidad médica 6. Servicios sociales 7. Tribunal/servicios de libertad provisional/policía 8. Otro 9. No se sabe)

Información sociodemográfica y epidemiológica básica

6. Sexo (1. Masculino 2. Femenino 0. No se sabe)
7. Edad
8. Año de nacimiento
9. Con quién vive – (1. Solo 2. Con los padres 3. Solo con hijos 4. Con la pareja (solamente) 5. Con pareja e hijos 6. Con amigos 7. Otros. 0. No se sabe)
10. Alojamiento (en los 30 días anteriores al comienzo del tratamiento) – (1. Alojamiento estable 2. Alojamiento inestable 3. Instituciones (cárcel o clínica) 0. No se sabe)
11. Nacionalidad – (1. Nacional del país 2. Nacional de la Unión Europea 3. Nacional de otro país 0. No se sabe)
12. Situación laboral – (1. Empleo fijo 2. Alumno/estudiante 3. Económicamente inactivo (jubilados, amas de casa o inválidos) 4. Desempleado 5. Otra 0. No se sabe)
13. Máximo nivel de educación alcanzado – (1. Nunca fue a la escuela/no terminó la enseñanza primaria 2. Terminó la enseñanza primaria 3. Terminó la enseñanza secundaria 4. Hizo estudios superiores 0. No se sabe)

Información relacionada con las drogas

14. Droga principal – (1. Opioides (heroína/metadona/otros opioides) 2. Cocaína (cocaína/crack) 3. Estimulantes (anfetaminas/MDMA y otros derivados/otros estimulantes) 4. Hipnóticos y sedantes (barbitúricos/benzodiazepinas/otros) 5. Alucinógenos (LSD/otros) 6. Sustancias inhalables volátiles 7. Cannabis 8. Otras sustancias)
15. En tratamiento de sustitución – *a*) heroína *b*) metadona *c*) otros opiáceos *d*) otras sustancias – (1. Sí 2. No 0. No se sabe)

16. Vía habitual de administración (droga principal) – (1. Inyectada 2. Fumada/inhalada 3. Comida/bebida 4. Esnifada 5. Otras 0. No se sabe)
17. Frecuencia de consumo (droga principal) – (1. No se consumió (o se consumió ocasionalmente) durante el mes anterior 2. Una vez por semana o menos 3. Dos a seis días por semana 4. Todos los días 0. No se sabe)
18. Edad en que empezó a consumir la droga principal
19. Otras drogas (secundarias) que consume actualmente; véase la lista en el apartado 14 *supra*
20. Se inyectó drogas alguna vez/se inyecta actualmente (últimos 30 días) (1. Se inyectó, pero no actualmente 2. Se inyecta actualmente 3. Nunca se inyectó 0. No se sabe)

Para obtener más información, véase:

http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf

Perfil de adicción de Maudsley

A continuación se presenta una versión del Perfil de adicción de Maudsley. Para obtener más información, véase: <http://www.ntors.org.uk/map.pdf>

Perfil de adicción de Maudsley

A. Información para la gestión del caso

Incorporar los pormenores generales necesarios de identificación, aspectos demográficos, origen de la remisión del caso y descripción del programa de tratamiento.

B. Consumo de sustancias

1. Oral 2. Esnifada 3. Fumada/inhalada 4. Vía intravenosa 5. Vía intramuscular

	Días de consumo (últimos 30 días)	Cantidad diaria consumida normalmente	Vía
B1. Alcohol	_____	_____	_____
B2. Heroína	_____	_____	_____
B3. Metadona ilícita	_____	_____	_____
B4. Cocaína en polvo	_____	_____	_____
B5. Cocaína crack	_____	_____	_____
B6. Anfetamina	_____	_____	_____
B7. Cannabis	_____	_____	_____
B8. Otra (especificar) _____	_____	_____	_____

C. Comportamiento de riesgo para la salud

- C1. Días en que se ha inyectado drogas en los últimos 30 días _____
- C2. Veces que se ha inyectado por día normalmente en los últimos 30 días _____
- C3. Veces que se ha inyectado con aguja hipodérmica/jeringuilla
ya utilizada por otra persona _____
- C4. Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales sin usar
preservativo _____
- C5. Número total de veces que ha tenido relaciones sexuales sin usar preservativo _____

D. Síntomas físicos

D1. Frecuencia con que ha experimentado los siguientes síntomas físicos
0. Nunca 1. Muy rara vez 2. A veces 3. Con frecuencia 4. Siempre

- a) Inapetencia _____
- b) Cansancio/fatiga _____
- c) Náuseas (deseo de vomitar) _____
- d) Dolor de estómago _____
- e) Dificultades respiratorias _____
- f) Dolor en el pecho _____

- g) Dolor en las articulaciones
o en los huesos _____
- h) Dolores musculares _____
- i) Adormecimiento/cosquilleo _____
- j) Temblores/convulsiones _____

D2. Frecuencia con que ha experimentado los siguientes síntomas emocionales o psicológicos
0. Nunca 1. Muy rara vez 2. A veces 3. Con frecuencia 4. Siempre

- a) Tensión _____
- b) Miedo repentino y sin motivo _____
- c) Temor _____
- d) Nerviosismo o agitación internos _____
- e) Ataques de terror o pánico _____
- f) Sentimiento de desesperanza con
respecto al futuro _____
- g) Sentimiento de inferioridad _____
- h) Pérdida de interés por la vida _____
- i) Sentimiento de soledad _____
- j) Deseo de poner fin a su vida _____

E. Desempeño personal y social

Relaciones

- E1. Días en que tuvo contacto con su pareja en los últimos 30 días _____
- E2. De esos días, veces que tuvo problemas con su pareja _____
- E3. Días en que tuvo contacto con familiares en los últimos 30 días _____
- E4. De esos días, veces que tuvo problemas con sus familiares _____
- E5. Días en que tuvo contacto con amigos en los últimos 30 días _____

Trabajo

- E7. Número de días de trabajo remunerado en los últimos 30 días _____
- E8. Días en que faltó al trabajo por enfermedad o con licencia no autorizada _____
- E9. Días en que estuvo desempleado en los últimos 30 días _____

Delitos

E10. Delitos cometidos en los últimos 30 días

- | | Días | Veces por día
normalmente |
|------------------------------------|-------|------------------------------|
| a) Venta de drogas | _____ | _____ |
| b) Fraude/falsificación | _____ | _____ |
| c) Ratería de tiendas | _____ | _____ |
| d) Hurto de bienes de una vivienda | _____ | _____ |
| e) Hurto de bienes de un vehículo | _____ | _____ |
| f) Otros delitos (enumerar) | _____ | _____ |

Índice

Abstinencia	.IX.3	Hogar de transición	.IX.8
Abuso	.IX.3	Incidencia	.IX.8
Abuso de drogas	.IX.3	Indicador de la ejecución	.IX.8
Abuso de sustancias	.IX.3	Instrumento de evaluación	.IX.8
Acreditación	.IX.3	Intercambio de agujas	.IX.9
Acreditación de servicios	.IX.3	Intercambio de jeringuillas	.IX.9
Adicción	.IX.4	Interesados (directos)	.IX.9
Agente de enlace con la familia	.IX.4	Intervención breve	.IX.9
Agentes de atención primaria de la salud	.IX.4	Intervención de iguales	.IX.9
Agonista	.IX.4	Intervención mínima	.IX.9
Agonista opioide	.IX.4	Intervención precoz	.IX.9
Análisis de orina	.IX.4	Intoxicación	.IX.9
Antagonista	.IX.4	LAAM	.IX.9
Antagonista de opioides	.IX.4	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV)	.IX.9
Apoyo de iguales	.IX.4	Marco estratégico	.IX.10
Asesoramiento y psicoterapia	.IX.4	Medida de los resultados	.IX.10
Atención compartida	.IX.5	Metadona	.IX.10
Buprenorfina	.IX.5	Método de captura/recaptura	.IX.10
CIE-10	.IX.5	Modalidad	.IX.10
Comorbilidad	.IX.5	Modelo Matrix	.IX.10
Comportamiento de riesgo	.IX.5	Naloxona	.IX.10
Comunidad terapéutica	.IX.5	Naltrexona	.IX.11
Consumo perjudicial	.IX.5	Narcóticos Anónimos (NA)	.IX.11
Coordinación de la atención	.IX.5	Observación de los resultados	.IX.11
Criterios de selección	.IX.6	Opiáceo	.IX.11
Dependencia de sustancias	.IX.6	Opioide	.IX.11
Dependencia psicológica	.IX.6	Organización de voluntarios	.IX.11
Dependencia y síndrome de dependencia	.IX.6	Organización no gubernamental	.IX.11
Desintoxicación	.IX.6	Plan estratégico	.IX.11
Determinación de las necesidades	.IX.6	Postratamiento	
Doble diagnóstico	.IX.6	Potenciación de la comunidad	.IX.11
Droga psicotrópica	.IX.6	Prevalencia	.IX.12
Entrevista motivacional	.IX.7	Prevención	.IX.12
Estimación sintética	.IX.7	Prevención de recaídas	.IX.12
Estupefaciente	.IX.7	Privación	.IX.12
Evaluación	.IX.7	Programa orientado hacia un grupo específico	.IX.12
Evaluación del impacto	.IX.7	Programas de acercamiento (Outreach)	
Evaluación de los resultados	.IX.7	Protocolo de tratamiento	.IX.12
Evaluación del proceso	.IX.7	Pruebas científicas	.IX.12
Evaluación rápida	.IX.7	Recaída	.IX.13
Formación profesional	.IX.8	Reconocimiento inicial (Screening)	.IX.13
Garantía y mejoramiento de la calidad	.IX.8	Red de bienestar social	.IX.13
Grupo de autoayuda	.IX.8	Reducción de daños	.IX.13
Grupo de ayuda mutua	.IX.8	Reducción de riesgos	.IX.13
Grupo de discusión	.IX.8	Rehabilitación	.IX.13
Grupo de 12 pasos	.IX.8	Remisión de casos por los tribunales	.IX.13
Grupos destinatarios	.IX.8	Remisión de personas detenidas por la justicia	.IX.13
Grupos prioritarios	.IX.8		

Satisfacción del usuario . . . . .	.IX.14	Sustitución de drogas . . . . .	.IX.15
Seguridad en el uso . . . . .	.IX.14	Técnicas cognitivo-conductuales . . . . .	.IX.15
Selección de la forma de intervención (Triage) . . . . .	.IX.14	Terapia de mantenimiento . . . . .	.IX.15
Servicio especializado . . . . .	.IX.14	Tolerancia . . . . .	.IX.15
Servicio general . . . . .	.IX.14	Trastorno relacionado con el consumo de sustancias . . . . .	.IX.15
Servicios de acceso directo . . . . .	.IX.14	Tratamiento . . . . .	.IX.16
Servicios de orientación . . . . .	.IX.14	Tratamiento de sustitución . . . . .	.IX.16
SIDA . . . . .	.IX.14	Tratamiento en la comunidad . . . . .	.IX.16
Síndrome de abstinencia . . . . .	.IX.14	Tratamiento estructurado . . . . .	.IX.16
Sistema correccional . . . . .	.IX.15	Tratamiento obligatorio . . . . .	.IX.16
Sistema de tratamiento integral . . . . .	.IX.15	Tratamiento psicosocial . . . . .	.IX.16
Sobredosis . . . . .	.IX.15	Tratamiento residencial . . . . .	.IX.16
Supervisión de la ejecución . . . . .	.IX.15	Vías de atención integral . . . . .	.IX.16
Sustancia psicoactiva . . . . .	.IX.15		

Abstinencia^a

Término que se aplica al hecho de privarse del alcohol o de otra droga por razones de salud, personales, sociales, religiosas, morales, jurídicas o de otra índole.

La persona que en un momento dado se abstiene de toda droga puede ser llamada “abstinente”, “abstinente total” o “abstemio”, este último término relacionado únicamente con el alcohol. Algunas veces se utiliza la expresión “abstinente en la actualidad” para fines de investigación, por lo general en relación con una persona que no ha consumido drogas durante un período determinado, por ejemplo, de tres, seis o 12 meses. En algunos estudios, las personas que beben o consumen otras drogas únicamente una o dos veces por año también se consideran abstinentes.

Abuso^a

Término que se utiliza ampliamente, si bien con diferentes significados. En los tratados de fiscalización internacional de drogas, la expresión “uso indebido”, utilizada en español en lugar de “abuso”, se aplica al consumo, frecuente o no, de una sustancia sometida a fiscalización. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América, 1994), la expresión “abuso de sustancias psicoactivas” se define de la siguiente manera: “inadaptación en el consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por una o más de las siguientes características durante un período de 12 meses: 1) consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, el estudio o el hogar; 2) consumo recurrente de sustancias en situaciones en que resulta físicamente peligroso; 3) problemas legales repetidos relacionados con sustancias; 4) consumo continuado de sustancias a pesar de tener problemas sociales o interpersonales continuos o recurrentes causados o exacerbados por sus efectos”. Es un término subsidiario; el término “dependencia” tiene preferencia cuando se cumplen las condiciones necesarias.

Algunas veces se utiliza el término “abuso” con desaprobación para referirse a cualquier tipo de uso, en particular de drogas ilícitas. Debido a su ambigüedad, en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, OMS, 1992), bajo el título Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, el término se aplica a sustancias que no producen dependencia. Las expresiones equivalentes que utiliza la OMS son “uso nocivo” y “uso peligroso”, pero suelen relacionarse únicamente con los efectos en la salud y no con las consecuencias sociales. El Centro de Prevención del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos también aconseja abstenerse de utilizar el término “abuso”, si bien la expresión “abuso de sustancias” se sigue utilizando considerablemente, por lo general con respecto a problemas de consumo de sustancias psicoactivas. La expresión “abuso de drogas”

también se ha criticado por considerarse circular cuando se utiliza sin hacer referencia a problemas concretos provocados por el consumo de drogas.

Véase también: **Abuso de drogas.**

Abuso de drogas

En los tratados vigentes de fiscalización internacional de drogas no se define el abuso de drogas, sino que se utilizan varios términos, entre ellos, abuso, uso indebido y uso ilícito. En el contexto de la fiscalización internacional de drogas, abuso (uso indebido) de drogas significa el consumo de cualquier sustancia sometida a fiscalización internacional para fines que no sean médicos ni científicos, por ejemplo, el consumo sin receta, en dosis excesivas o durante un período injustificado.

Abuso de sustancias^d

Inadaptación en el consumo de sustancias que se manifiesta en consecuencias adversas reiteradas y significativas relacionadas con el consumo recurrente de sustancias. Puede dar lugar al incumplimiento de obligaciones importantes, al consumo recurrente en situaciones en que es físicamente peligroso, a múltiples problemas de índole jurídica y a problemas sociales e interpersonales reiterados.

Acreditación

Proceso de reconocimiento de que un programa cumple determinadas normas operacionales y organizativas que se han establecido para garantizar la calidad de los servicios en una región o un sistema de tratamiento en particular. Por lo general la acreditación es otorgada por un órgano profesional externo tras realizar un estudio o una verificación y suele regir para un período determinado.

Acreditación de servicios

Sistema comprendido en los procedimientos de garantía de calidad por el que se determina que un servicio o un programa de tratamiento cumple un conjunto de normas organizativas, operacionales, clínicas y profesionales de ejecución y los requisitos jurídicos pertinentes de funcionamiento. Aún no existen normas internacionalmente aceptadas para la acreditación de servicios, si bien muchos países han elaborado normas y procesos nacionales de acreditación.

^a *Demand Reduction: a Glossary of Terms* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.00.XI.9).

^d Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) (Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América, Washington, D.C., 1994).

Adicción^a

Uno de los términos más antiguos y más utilizados para describir y explicar el fenómeno del abuso inveterado de drogas. En algunos círculos profesionales se ha reemplazado por los términos “farmacodependencia” o “drogodependencia”. Según el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* de la OMS, la adicción es el consumo recurrente de una o varias sustancias psicoactivas, en la medida en que el consumidor (al que se llama adicto) esté periódicamente o crónicamente intoxicado, sienta un impulso irrefrenable de consumir la sustancia o las sustancias preferidas, tenga grandes dificultades para abandonar o modificar voluntariamente el consumo de sustancias y esté decidido a obtener sustancias psicoactivas por casi cualquier medio.

Siempre se ha considerado que los indicadores esenciales de la “adicción” son la tolerancia y el síndrome de abstinencia, es decir, con frecuencia se equipara con la dependencia física. Más recientemente, algunos investigadores han sugerido que la “compulsión de consumir drogas” es un indicador más significativo de la adicción. Por otra parte, el movimiento de autoayuda o “recuperación” considera la adicción una enfermedad por sí misma, un trastorno debilitante y progresivo derivado de los efectos farmacológicos de las drogas cuya única cura es la abstinencia total. Es la opinión, por ejemplo, de Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos, exponentes de ese movimiento. En el decenio de 1960, la OMS recomendó que el término “adicción” se sustituyera por dependencia, ya que esta última puede existir en diversos grados de gravedad, a diferencia de una entidad nosológica que sólo existe o no existe.

“Adicción” no es un término de diagnóstico en la CIE-10, aunque los profesionales y el público en general lo siguen utilizando considerablemente.

Véanse también: Dependencia y Síndrome de dependencia.

Agente de enlace con la familia

Asesor profesional, asistente social o personal de enfermería cuya función es prestar apoyo a la familia del paciente (a las personas que dependen de él y a las que lo atienden). El agente de enlace presta asistencia a los miembros de la familia que se ven afectados por el problema de abuso de sustancias y puede proporcionar información, asesoramiento de apoyo y servicios de remisión de casos. Ayudar a la familia a comprender y prestar apoyo a uno de sus miembros que tenga un problema de esa índole es una función esencial.

Agentes de atención primaria de la salud

Médicos, personal de enfermería, psicólogos y personal de apoyo que trabajan en lugares comunitarios y se ocupan esencialmente de prestar servicios de atención de la salud en general a la población.

Agonista^a

Sustancia que actúa en sitios receptores para producir ciertas respuestas; por ejemplo, tanto la metadona como la heroína son agonistas en los receptores opioides.

Agonista opioide

Véase: Agonista.

Análisis de orina^a

Análisis de muestras de orina para detectar la presencia de sustancias que una persona puede haber ingerido, o con otros fines médicos o de diagnóstico. En la orina se pueden detectar diferentes drogas en diferentes períodos. La heroína y las anfetaminas sólo se pueden detectar, a lo sumo, unos días después de la última ingestión, en tanto que el cannabis se puede detectar hasta varias semanas después de la última ingestión en personas que han sido grandes consumidores durante mucho tiempo. En los últimos años también se ha hecho posible practicar análisis de saliva, sangre, sudor y cabello para determinar si la persona ha consumido alguna droga.

Antagonista^a

Sustancia que contrarresta los efectos de otro agente. Farmacológicamente, un antagonista interactúa con un receptor neuronal para inhibir la acción de agentes (agonistas) que producen efectos fisiológicos o conductuales específicos por medio de ese receptor.

Antagonista de opioides

Véase: Antagonista.

Apoyo de iguales^a

Uno de los componentes de una relación de acercamiento en que el encargado del programa presta algún tipo de asistencia a uno de sus iguales. La asistencia se suele prestar en forma continuada, no en una sola oportunidad. Puede tratarse de apoyo a personas con SIDA que se sientan muy mal. La expresión “grupo de apoyo de iguales” se aplica a colectividades u organizaciones autónomas de miembros de una comunidad que tienen por objeto representar sus intereses comunes a nivel sociopolítico. Ejemplos de esas organizaciones son los *Junkiebonden* de los Países Bajos y otros grupos análogos que existen en muchos países.

Asesoramiento y psicoterapia^a

El asesoramiento es un proceso interpersonal intensivo encaminado a ayudar a personas normales a alcanzar sus metas o a

actuar de manera más eficaz. La psicoterapia por lo general es un proceso prolongado que se relaciona con la reconstrucción de la persona y con cambios más profundos en atributos psicológicos esenciales como la estructura de la personalidad. Suele aplicarse psicoterapia únicamente a personas que sufren problemas patológicos.

Atención compartida

Acuerdo o cooperación formal entre uno o más servicios generales (mayormente de atención primaria de la salud) y un servicio especializado de tratamiento del abuso de sustancias para la atención de pacientes. Los acuerdos de atención compartida suelen abarcar la transferencia de un paciente que recibe tratamiento continuado de un servicio especializado a un servicio general y viceversa.

Buprenorfina^a

La buprenorfina es una sustancia agonista y antagonista que se puede utilizar en el tratamiento de sustitución. Se ha empleado considerablemente en muchos países con fines analgésicos en tratamientos breves. Gracias a la combinación de la acción opioide y de bloqueo, la buprenorfina parece ser segura en casos de sobredosis y es menos probable que se desvíe a los mercados ilícitos que los opioides puros. También puede facilitar la etapa de privación y, debido a una acción más prolongada, puede dosificarse en días alternos. De las investigaciones realizadas hasta la fecha se desprende que la buprenorfina es, como agente de mantenimiento, por lo menos tan eficaz como la metadona.

Véanse también: Metadona y Sustitución de drogas.

CIE-10

La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-10) es la más reciente de una serie que se formalizó en 1893 con el nombre de Clasificación Internacional Bertillon de Causas de Defunción. Si bien el título se ha modificado para aclarar más el contexto y los propósitos de la clasificación y reflejar la ampliación progresiva de su alcance a efectos de abarcar más que enfermedades y lesiones, se ha conservado la abreviatura conocida "CIE". La Clasificación fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene por objeto promover la comparabilidad a nivel internacional en materia de compilación, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas de morbilidad y mortalidad. Los trastornos comunicados se traducen a códigos médicos utilizando la estructura de clasificación y las normas de selección y modificación que figuran en las disposiciones de aplicación de la CIE. La décima revisión (CIE-10) se publicó en 1992.

Comorbilidad

Véase: Doble diagnóstico.

Comportamiento de riesgo^a

En relación con el consumo de drogas, es el comportamiento que pone a las personas en peligro de sufrir daños derivados de las drogas. Si bien la expresión se utiliza con más frecuencia en relación con comportamientos como el de compartir agujas u otro equipo para inyecciones (una cuchara, agua o un torniquete), que exponen a los consumidores de drogas por inyección al peligro de contagio con virus transmitidos por la sangre, como el VIH, o con la hepatitis C, se puede aplicar a toda droga y a todo peligro para la supervivencia, las relaciones y la salud, así como al peligro de sanciones penales.

Comunidad terapéutica^a

Entorno estructurado en el que las personas con problemas relacionados con drogas residen durante la etapa de rehabilitación. Esas comunidades suelen atender concretamente a personas farmacodependientes, funcionan bajo normas estrictas, son dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de la dependencia y con frecuencia se encuentran en lugares aislados. Las comunidades terapéuticas también atienden a pacientes con trastornos psicóticos y personalidad antisocial. Se caracterizan por promover el "enfrentamiento con la realidad" (la confrontación de la persona con su problema de drogas) y, paralelamente, por la prestación de apoyo a la recuperación por parte del personal propiamente dicho y de personas que se han enfrentado a problemas análogos. Suelen estar relacionadas estrechamente con grupos de ayuda mutua como Narcóticos Anónimos.

Consumo perjudicial^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, la expresión "consumo perjudicial" se define de la siguiente manera: modalidades de consumo de sustancias psicoactivas que causan perjuicios a la salud del consumidor. Los perjuicios pueden ser físicos (por ejemplo, hepatitis provocada por la inyección de drogas) o mentales (por ejemplo, períodos depresivos concomitantes a la ingestión de alcohol en grandes cantidades). El consumo perjudicial también suele tener consecuencias sociales adversas.

La expresión se introdujo en la CIE-10 y sustituyó la expresión "consumo que no causa dependencia" como término de diagnóstico. El equivalente más cercano en otros sistemas de diagnóstico (por ejemplo, en el DSM-IV) es abuso de sustancias, que por lo general implica consecuencias sociales.

Coordinación de la atención

Proceso de supervisión y gestión práctica de los pacientes en un tratamiento en particular y en diferentes tratamientos a lo largo del tiempo. Con respecto a un paciente en particular, la coordinación de la atención puede abarcar la evaluación del caso, su remisión al servicio correspondiente, la observación de los

progresos y las actividades de análisis. En algunos sistemas de tratamiento, el coordinador de la atención tiene cierto grado de autoridad sobre el sistema que sufraga el tratamiento de los pacientes.

Criterios de selección

Un conjunto de condiciones médicas, sociales y psicológicas que se utilizan para decidir si un tratamiento es adecuado para determinada persona. Se suele tener en cuenta la gravedad de los problemas del paciente, sus motivaciones personales o su voluntad de someterse al tratamiento y la índole y el alcance de los factores sociales de apoyo y de tensión en función de su idoneidad para un tratamiento en particular. La utilización de criterios de selección forma parte del compromiso de someter a los pacientes al mejor tratamiento o al tratamiento más indicado cuando existen dos o más opciones.

Dependencia de sustancias^d

Conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la persona sigue consumiendo la sustancia pese a sufrir problemas considerables por hacerlo. Existen pautas de autoadministración reiterada que suelen dar lugar a la tolerancia, a síntomas de privación y a un comportamiento compulsivo de consumo de drogas.

Dependencia psicológica^a

Expresión que denota un concepto mayormente desacreditado, si bien todavía en uso en algunos lugares. Se aplica a la dependencia de una droga sin que se presenten síntomas de tolerancia ni de abstinencia. Actualmente, cuando se emplea el término “dependencia”, en general se evita hacer una distinción estricta entre dependencia “psicológica” y “física”. Si ese fenómeno llega a existir, es probable que se trate de una característica del usuario y no de una propiedad de la droga.

Véanse también: Dependencia y Síndrome de dependencia.

Dependencia y síndrome de dependencia^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, los términos “dependencia” y “síndrome de dependencia” se definen de la siguiente manera: en lo que respecta al alcohol y otras drogas, la necesidad de recibir dosis reiteradas de la droga con objeto de sentirse bien o de no sentirse mal.

A partir del decenio de 1960, la OMS y otros círculos han preferido cada vez más los términos “dependencia” y “síndrome de dependencia”, en lugar de adicción.

En la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* se define la dependencia como “un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y

fisiológicos que indican que la persona sigue consumiendo la sustancia, pese a sufrir problemas relacionados con ésta”.

Véase también: Adicción.

Desintoxicación

Proceso por el cual una persona dependiente de una sustancia psicoactiva deja de usarla y de esa manera reduce al mínimo los síntomas de privación y el riesgo de daños. Si bien el término “desintoxicación” significa literalmente eliminación de los efectos tóxicos de la utilización de una droga durante cierto período, en realidad ha pasado a aplicarse al tratamiento de los síntomas de privación por neuroadaptación, es decir, de la abstinencia y demás problemas de salud física y mental concomitantes.

Determinación de las necesidades

Enfoque sistemático para determinar la índole y el alcance de los problemas de abuso de sustancias en una población o comunidad destinataria con objeto de decidir qué (o cuántas) intervenciones específicas se deben facilitar a determinados grupos o la mejor manera de aplicar las intervenciones y de prestar los servicios existentes.

Doble diagnóstico

Cuando se diagnostica un problema de abuso de alcohol o drogas conjuntamente con otro trastorno, por lo general psiquiátrico, por ejemplo, trastornos del carácter o esquizofrenia. El diagnóstico diferencial suele verse complicado por signos y síntomas de dependencia y registros de diagnóstico superpuestos; por ejemplo, la ansiedad es un rasgo prominente de la privación de drogas. Otra complicación son los procesos casuales mixtos o recíprocos. Por ejemplo, un trastorno leve del carácter da lugar a cierto consumo de drogas que en última instancia exacerba el trastorno del carácter, lo que a su vez acrecienta el consumo de drogas y la dependencia y produce un trastorno grave del carácter.

Droga psicotrópica^a

En el contexto de la fiscalización internacional de drogas, la expresión “sustancia sicotrópica” se aplica a una sustancia fiscalizada en virtud del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, el término “psicotrópica” se utiliza en un sentido muy general con el mismo significado que “psicotropa”, es decir, que afecta a la mente o a los procesos mentales. En un sentido estricto, es droga psicotrópica todo agente químico con efectos primarios o significativos en el sistema nervioso central. Algunos autores aplican el término a drogas que se utilizan principalmente en el tratamiento de trastornos mentales, es decir, sedantes ansiolíticos, antidepresivos, agentes antimaníacos y neurolépticos. El término también se utiliza para calificar sustancias con un alto potencial

de abuso debido a sus efectos en el carácter, en la conciencia, o en ambos: estimulantes, alucinógenos, opioides y sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol).

Entrevista motivacional^a

Técnica de asesoramiento y evaluación en la que se aplica un criterio de no confrontación para interrogar a las personas acerca de cuestiones delicadas como el consumo de alcohol y otras drogas y ayudarles a adoptar decisiones positivas para reducirlo o abandonarlo del todo. La filosofía que le sirve de base está vinculada estrechamente al modelo de etapas de cambio, en el que se postula la idea de que la adopción de decisiones acerca de los cambios de comportamiento pasa por etapas definidas de reflexión previa, reflexión propiamente dicha, preparación, acción y mantenimiento. La entrevista motivacional comprende un conjunto de técnicas encaminadas a lograr que los consumidores de drogas, los fumadores o los bebedores pasen por esas etapas ayudándoles a analizar con exactitud las ventajas y desventajas de su comportamiento en una entrevista en la que no se abre juicio alguno sobre la persona.

Véase también: Asesoramiento y psicoterapia.

Estimación sintética

Conjunto de métodos indirectos que se emplean para determinar la prevalencia del abuso de sustancias en determinada localidad utilizando los resultados de las estimaciones sobre prevalencia existentes y otra información demográfica sobre segmentos concretos de la población.

Estupefaciente^{a, b}

Agente químico que puede producir estupor, coma o insensibilidad al dolor. El término se aplica generalmente a los opiáceos o los opioides, que se llaman analgésicos narcóticos. En el lenguaje común y jurídico se suele utilizar el término de manera imprecisa para referirse a las drogas ilícitas, independientemente de su farmacología. Por ejemplo, la legislación de fiscalización de estupefacientes en el Canadá, los Estados Unidos y otros países incluye la cocaína y el cannabis además de los opioides. Es un término adoptado también por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

Evaluación^c

Proceso sistemático y científico por el que se determina en qué medida un acto o un conjunto de actos ayudaron a lograr los objetivos predeterminados. Entraña la medición de la adecuación,

la eficacia y la eficiencia de los programas o servicios. La evaluación debe distinguirse del análisis de la situación y de la comprobación: estos últimos tienen un sentido más general que la evaluación y denotan el hecho de extraer conclusiones a partir del examen de una situación o de sus elementos. La evaluación es, pues, una clase especial de análisis.

Evaluación del impacto

Forma de evaluación de los resultados de un programa por la que se determina el efecto neto de éste comparando sus resultados con una estimación de lo que habría ocurrido si no se hubiese ejecutado. El horizonte cronológico de esas evaluaciones suele ser de mediano o largo plazo.

Evaluación de los resultados

En la evaluación de los resultados se determina en qué medida un programa alcanza sus objetivos inmediatos. La evaluación se centra en los productos y los resultados, incluidos los efectos imprevistos, para determinar la eficacia del programa. También se puede evaluar todo el proceso para comprender cómo se producen los resultados. El PNUFID con frecuencia realiza evaluaciones de resultados para determinar la eficacia de los objetivos inmediatos del proyecto y el proceso mediante el cual se alcanzan. El horizonte cronológico de la evaluación de los resultados suele ser la duración del programa o proyecto.

Evaluación del proceso

Evaluación para determinar en qué medida se cumplieron los procedimientos del programa conforme a un plan escrito, es decir, en qué medida se aplicó la intervención, a quién y cuándo se aplicó y quién se encargó de hacerlo. El proceso de evaluación también se puede llamar examen de garantía de calidad.

Evaluación rápida^a

Una variedad de métodos para reunir información en forma rápida o específica que han venido surgiendo desde el comienzo del decenio de 1980 como reflejo de un sentido de urgencia para que las ciencias sociales hagan su aporte a los programas de control de enfermedades. Tanto el PNUFID como la OMS han elaborado directrices para realizar esas evaluaciones. Los métodos de evaluación rápida se pueden utilizar como instrumento de evaluación o con objeto de generar información de referencia. Comprenden encuestas de conocimientos, actitudes y comportamiento, diagnosis en la comunidad, análisis rural rápido empleado en la agricultura, evaluaciones epidemiológicas rápidas y procedimientos de evaluación rápida con métodos

^b Lexicon of Alcohol and Drug Terms (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994).

^c J. Hogarth, Glossary of Health Care Terminology (Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS, 1978).

etnográficos. Pueden comprender métodos cuantitativos o cualitativos, aunque se suelen utilizar ambas clases de métodos paralelamente.

Formación profesional^a

Impartir formación en determinado sector que ofrezca la posibilidad de conseguir empleo (por ejemplo, capacitación en informática) con objeto de ayudar a los usuarios a mejorar sus posibilidades de conseguir trabajo o de generar más ingresos.

Garantía y mejoramiento de la calidad

Criterio sistemático para la organización, la administración y el desarrollo del tratamiento, basado en un compromiso común del personal de atender a las necesidades de los pacientes o usuarios prestándoles servicios apropiados y de buena calidad.

Grupo de autoayuda

Grupo que ofrece un programa de recuperación a título voluntario, principalmente mediante un proceso de 12 pasos encaminado a lograr la superación personal. Esos programas suelen comprender la participación en reuniones para contar problemas, obtener ayuda y apoyo de otros miembros con objeto de superar problemas que han dado lugar a recaídas y encontrar una persona que sirva de promotor o mentor para que preste ayuda en tiempo de crisis. Los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA) constituyen un sector considerable de los grupos de autoayuda en relación con la dependencia de sustancias, en tanto que Al-anon, Alateen e Hijos Adultos de Alcohólicos (ACOA) atraen a familiares de drogodependientes que tratan de conciliar y resolver problemas personales actuales o pasados relacionados con el abuso de sustancias en su familia. Hay muchos otros grupos que actúan en forma análoga con respecto al abuso de sustancias y en otras esferas.

Grupo de ayuda mutua

Grupo cuyos participantes se prestan mutuo apoyo para recuperarse de problemas personales o mantener la recuperación que han logrado. Esos grupos suelen abordar problemas de dependencia del alcohol y de otras drogas, aunque también se ocupan de otras cuestiones como la depresión y diversas conductas compulsivas. La participación en los grupos suele ser voluntaria y de índole confidencial y las reuniones se realizan en la forma y el momento preestablecidos.

Grupo de discusión

Método de reunión de información cualitativa basado en el debate, destinado a examinar un tema de interés y a generar una variedad de opiniones. Unos pocos miembros de determinado

grupo se reúnen y su debate se ve facilitado por un investigador llamado “moderador”.

Grupo de 12 pasos^b

Grupo de ayuda mutua organizado según el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) o una adaptación muy semejante de ese programa. En el programa de 12 pasos de AA la persona admite que es impotente ante el alcohol y que su vida se ha vuelto ingobernable, pone su vida al cuidado de un “poder superior”, hace un inventario moral de sí misma, repara daños pasados y se ofrece para ayudar a otros alcohólicos.

Grupos destinatarios^a

Grupos o categorías de personas seleccionadas para recibir atención especial de un programa o política, por ejemplo, las poblaciones indígenas, las madres solteras o las personas de 14 a 19 años de edad.

Grupos prioritarios

Grupos de personas en un país o una comunidad que presentan un conjunto especial de riesgos o problemas relacionados con sustancias que requieren tratamiento (por ejemplo, niños y jóvenes, personas con problemas de abuso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica y personas custodiadas por el sistema de justicia penal).

Hogar de transición^a

Lugar de residencia que suele actuar como etapa intermedia entre un programa de hospitalización o tratamiento residencial y la vida totalmente independiente en la comunidad. Se trata de lugares que dan alojamiento a personas dependientes del alcohol o de drogas que se esfuerzan por mantenerse sobrias o apartadas de las drogas (compárese con la comunidad terapéutica). Hay hogares de transición para personas con trastornos psiquiátricos y ex reclusos.

Incidencia^a

Ritmo al que se produce un trastorno o una enfermedad, expresado a menudo en función del número de casos por cada 10.000 personas por año.

Indicador de la ejecución

Medida que se utiliza para determinar los progresos realizados en la ejecución de una estrategia sobre oferta o demanda de drogas.

Instrumento de evaluación

Cuestionario para entrevistas o informes de los propios pacientes que se utiliza para anotar comportamientos pasados u opiniones

que sirven para determinar el impacto de un tratamiento. Se suelen cotejar los valores asignados en un instrumento de evaluación en el período anterior al tratamiento con los asignados aplicando las mismas medidas durante el tratamiento o después de éste.

Intercambio de agujas^a

Medida para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas provocada por la costumbre de usar la misma aguja o de compartir agujas, encaminada a disminuir la transmisión de virus por la sangre. Se adoptó por primera vez cuando apareció el VIH/SIDA y se difundió rápidamente a muchos países con problemas de consumo de drogas inyectables. Consiste en suministrar agujas limpias a cambio de agujas usadas, las que posteriormente se eliminan. En la práctica, no siempre se hace un “intercambio”, sino que se proporciona material estéril para inyecciones al que lo solicita, algunas veces a cambio de una pequeña suma.

Véanse también: Reducción de daños y SIDA.

Intercambio de jeringuillas

Véase: Intercambio de agujas.

Interesados (directos)

Conjunto de personas en una comunidad que han hecho aportes para que un servicio o sistema de tratamiento funcione de manera eficiente y eficaz o que abrigan la expectativa de que ese servicio o sistema funcione de esa manera. Esas personas pueden ser los pacientes, los miembros de su familia y los encargados de atenderlos, los encargados del tratamiento, los planificadores y todos los que prestan apoyo financiero a los servicios.

Intervención breve^b

Estrategia terapéutica en que se ofrece terapia estructurada en un número limitado de sesiones breves (por lo general de una a cuatro sesiones de cinco a 30 minutos de duración) con objeto de ayudar a una persona a abandonar o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva o, lo que es menos común, a encarar otros problemas personales. Está a cargo, especialmente, de médicos generales y otros agentes de atención primaria de la salud.

Intervención de iguales

Se trata esencialmente de un tratamiento administrado por una persona capacitada que está muy próxima, por su sexo o grupo de edad, o por otra categoría socioeconómica, al grupo destinatario. Por lo general, aunque no siempre, las intervenciones de iguales son breves y se aplican a personas que corren el riesgo de sufrir problemas de abuso de sustancias o que sufren problemas de gravedad moderada.

Intervención mínima^a

Suele utilizarse como sinónimo de intervención breve. No obstante, algunos expertos sugieren que la expresión “intervención mínima” se debe limitar únicamente a las intervenciones de persona a persona de 30 minutos a tres horas de duración, es decir, algo más prolongadas que las intervenciones breves.

Véanse también: Intervención breve, Intervención precoz y Prevención.

Intervención precoz^b

Estrategia terapéutica que combina la detección precoz del consumo peligroso o perjudicial de sustancias y el tratamiento de los afectados. Se ofrece o se administra tratamiento antes de que los pacientes se presenten por su propia voluntad y en muchos casos antes de que sean conscientes de que el consumo de sustancias les puede causar problemas. Esa estrategia se aplica, en particular, a las personas que no han desarrollado dependencia física ni graves complicaciones psicosociales.

Intoxicación^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, el término “intoxicación” se define de la siguiente manera: estado consecutivo a la ingestión o asimilación en cantidad suficiente de una sustancia psicoactiva que produce alteraciones del nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el criterio, el estado afectivo, el comportamiento u otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y las respuestas adquiridas, y se resuelven con el tiempo hasta llegar a una recuperación completa, excepto en los casos en que se ha producido daño de tejidos u otras complicaciones. El término se utiliza más comúnmente en inglés con respecto al consumo de alcohol.

LAAM^a

Denominación química del levoalfacetilmetadol. El LAAM es un agonista opioide puro sintético (relacionado con la metadona) de tipo morfínico que se estudió intensamente en el decenio de 1970 para determinar si podía ser una alternativa farmacológica a la metadona. Su principal ventaja radica en que tiene un período de semieliminación más prolongado, razón por la cual se puede administrar en períodos de 48 a 72 horas, en lugar de cada 24 horas, como la metadona.

Véanse también: Metadona, Opiáceo, Opioides y Sustitución de drogas.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales es la clasificación uniforme de los trastornos mentales que utilizan

los profesionales de la salud mental en los Estados Unidos. También se utiliza mucho en otras partes del mundo. Se puede aplicar en una amplia variedad de contextos y puede ser utilizado por clínicos e investigadores de diversas orientaciones (por ejemplo, biológica, psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal o familiar/sistémica). La cuarta edición del Manual, compilada y publicada por la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América en 1994, se puede utilizar en diferentes circunstancias. También es un instrumento para compilar y comunicar estadísticas precisas de salud pública. El Manual comprende tres componentes principales: la clasificación diagnóstica, los conjuntos de criterios de diagnóstico y el texto descriptivo.

Véase también: Abuso.

Marco estratégico

Política oficial en que se describen la visión y los objetivos nacionales para hacer frente a la oferta y la demanda de sustancias. El marco estratégico comprende una descripción sumaria de los organismos u órganos participantes, la manera en que actuarán conjuntamente y por separado, la índole de los recursos que se han asignado, las medidas concretas y los objetivos que se desea alcanzar.

Medida de los resultados

Observación directa o indirecta o anotación concerniente al comportamiento o a ideas del paciente que son pertinentes a sus problemas y a los objetivos de un tratamiento o programa de rehabilitación. Por lo general las medidas se obtienen de un conjunto de ámbitos, entre ellos, comportamientos y conceptos relacionados con el abuso de sustancias; síntomas y trastornos físicos y psicológicos y diversos aspectos del funcionamiento personal, social y económico, por ejemplo, dificultades en las relaciones y problemas de vivienda y alojamiento, problemas de educación, formación y empleo y actividades ilícitas. Las medidas de los resultados se suelen registrar durante un período adecuado, inmediatamente antes de que el paciente comience el tratamiento y después en uno o más puntos de seguimiento, y los cambios en los valores de los pares de medidas se atribuyen al tratamiento administrado.

Metadona^b

Opiáceo sintético utilizado en la terapia de mantenimiento que se administra a los dependientes de opioides. Tiene un período de semieliminación prolongado y se puede administrar por vía oral una vez por día con supervisión. Es el tratamiento más utilizado de la dependencia de opioides en los países en desarrollo.

Cuando se administra en una dosis adecuada a las personas dependientes de opioides, la metadona tiende a aliviar el deseo de consumir heroína y otros opiáceos, elimina los síntomas de privación y bloquea los efectos eufóricos de otros opioides.

Véanse también: Buprenorfina, LAAM, Opiáceo, Opióide y Sustitución de drogas.

Método de captura/recaptura

Técnica epidemiológica empleada para calcular la prevalencia de una conducta específica en una población determinada (por ejemplo, el número de personas que se inyectan drogas en determinada zona), en la que se utiliza la superposición de dos o más muestras o registros de personas para obtener una estimación de la población total.

Modalidad

Categorización de un tipo concreto de tratamiento del abuso de drogas. Una modalidad de tratamiento se puede describir en función de su enfoque o filosofía terapéutica y propósito específicos. En el Reino Unido, por ejemplo, se dispone de las siguientes modalidades de tratamiento: rehabilitación residencial; estabilización y desintoxicación en régimen de internación; prescripción de un especialista en la comunidad; prescripción de un médico general en la comunidad; asesoramiento estructurado y servicios estructurados ambulatorios.

Modelo Matrix

El modelo Matrix es un tratamiento marco de componentes múltiples para atender a los consumidores de sustancias, en particular a los adictos a los estimulantes que están en tratamiento, y ayudarles a lograr la abstinencia. En el modelo se estudian las necesidades de los consumidores de estimulantes en forma sistemática, clasificando los aspectos problemáticos en categorías bien definidas, a saber, conductual, cognitiva, emocional e interpersonal. El tratamiento está centrado en determinadas cuestiones que surgen en cada uno de esos sectores y a que hace frente el paciente en las “etapas de recuperación” que se suceden durante el primer año de privación de estimulantes. Se hace hincapié en la importancia del contacto personal con un terapeuta, la explicación de los riesgos que conlleva el abuso de drogas, la prevención de recaídas, el apoyo social, la participación en grupos de 12 pasos y cuestiones esenciales relacionadas con la adicción y la recaída. El programa abarca sesiones de educación sobre la manera de mantener la abstinencia y promover la recuperación. Se promueve la asistencia de miembros de la familia a los grupos de apoyo y de discusión y se les presta el apoyo necesario.

Naloxona^a

La naloxona es un antagonista narcótico que invierte los efectos respiratorios, sedantes e hipotensivos de la sobredosis de heroína. Puede inyectarse por vía intramuscular, intravenosa o subcutánea, y actualmente en algunos países se dispone también de un nebulizador nasal. Es un bloqueador de los receptores

opioides que inhibe la acción de las drogas opioides. Invierte las características de la intoxicación con opiáceos y se prescribe para el tratamiento de la sobredosis de esas drogas.

Véanse también: Antagonista y Naltrexona.

Naltrexona^a

Droga que bloquea los efectos de las drogas opioides. Sus efectos son análogos a los de la naloxona, pero es más potente y tiene una acción más prolongada. Se utiliza de varias maneras en el tratamiento de la dependencia de opioides y también del alcoholismo. El uso más aceptado es prescribir una dosis que bloquee los efectos psicoactivos de todas las drogas opioides. Si bien es necesario administrar la droga diariamente para mantener el bloqueo, se piensa que ésta reducirá al mínimo la posibilidad de que se tomen decisiones impulsivas de recaer en el consumo.

Véanse también: Antagonista, Naloxona y Sustitución de drogas.

Narcóticos Anónimos (NA)

Véanse: Grupo de autoayuda y Grupo de 12 pasos.

Observación de los resultados

Anotación, comunicación y aplicación de información sobre el impacto o beneficio del tratamiento que se utiliza para determinar el valor de la intervención y mejorar su funcionamiento y eficacia.

Opiáceo

En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “opiáceo” se define de la siguiente manera: alcaloide de un grupo derivado de la adormidera (*Papaver somniferum*) que puede producir analgesia, euforia y, en mayores dosis, estupor, coma y depresión respiratoria. El término opiáceo excluye a los opioides sintéticos como la heroína y la metadona.

Véanse también: Heroína, Opio y Opiode.

Opiode^a

En el Lexicon of Alcohol and Drug Terms, de la OMS, el término “opiode” se define de la siguiente manera: término genérico aplicado a los alcaloides de la adormidera (*Papaver somniferum*), las sustancias sintéticas análogas y los compuestos sintetizados en el organismo que interactúan con los mismos receptores específicos en el cerebro y pueden aliviar el dolor y producir una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides del opio y las sustancias sintéticas análogas, administrados en grandes cantidades, también provocan estupor, coma y depresión respiratoria.

Véanse también: Estupefacientes y Opiáceo.

Organización de voluntarios

Organismo cuyos recursos humanos, en su mayor parte o en su totalidad, trabajan o prestan servicios a título gratuito. En general son organismos ajenos al sector público.

Véase también: Organización no gubernamental.

Organización no gubernamental^a

Organismo independiente del gobierno que presta servicios en una esfera social amplia. Como la mayoría de las organizaciones no gubernamentales (ONG) son entidades sin fines de lucro, pueden ser financiadas por gobiernos, instituciones públicas o donaciones privadas. Esos organismos suelen tener personal remunerado y voluntario y prestan servicios en sectores en que no sería posible obtener fondos para mantener personal remunerado exclusivamente.

Plan estratégico

Marco general preparado a nivel nacional (y generalmente subnacional) que caracteriza la índole de los problemas de abuso de sustancias, la visión que sirve de base a las actividades de reducción de la demanda y demás actividades de prevención, los organismos y recursos que se asignarán para hacer frente al problema y las metas y los objetivos que se procura alcanzar en un marco cronológico específico. En los planes acertados se asigna un valor considerable a las consultas y la comunicación franca con la comunidad y las poblaciones destinatarias. La mayoría de los planes estratégicos son documentos publicados de acceso libre que pueden consultarse en Internet.

Postratamiento

Una amplia variedad de servicios comunitarios encaminados a mantener los resultados obtenidos con un tratamiento estructurado una vez que ha concluido. El postratamiento puede comprender la continuación del asesoramiento individual o en grupo y otros métodos de apoyo, aunque por lo general con menor intensidad y a menudo a cargo de otros organismos. Los grupos de autoayuda como Narcóticos Anónimos son importantes proveedores de postratamiento.

Véase también: Grupo de autoayuda.

Potenciación de la comunidad^a

Intervenciones que promueven la identificación colectiva y el control de la comunidad (por ejemplo, la población de una localidad, los consumidores de drogas inyectables, o las personas que ejercen la prostitución) con respecto a planes y actividades relacionados con la salud. Para lograr ese resultado, la comunidad tal vez también tenga que lograr el control colectivo de los

factores sociales, políticos y económicos más amplios que influyen en su acceso a la atención de la salud. La potenciación es un proceso de adquisición de facultades cada vez mayores en los planos personal, interpersonal o político para que las personas puedan tomar medidas con objeto de mejorar su vida.

Prevalencia^a

Medida del alcance de un trastorno o una enfermedad en particular, expresada generalmente en función del número de casos por cada 10.000 personas en una población dada.

Prevención

Intervención encaminada a evitar o reducir sustancialmente el riesgo de sufrir problemas de salud e interpersonales o de que se agraven esos problemas. Los programas de prevención del abuso de drogas varían considerablemente en contenido y filosofía. Los programas más eficaces son multidimensionales y abarcan sesiones de educación en las que se habla directamente de las drogas y del abuso de drogas, métodos para hacer frente al estrés y a problemas personales y de relaciones y medios para resistirse a las drogas. El contenido de un programa se puede adaptar específicamente a la índole y las necesidades de la población destinataria.

Prevención de recaídas^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, la expresión “prevención de recaídas” se define de la siguiente manera: conjunto de procedimientos terapéuticos empleados para atender a problemas de alcohol o de otras drogas con objeto de ayudar a las personas que los sufren a evitar o enfrentar recaídas más o menos graves en el consumo incontrolado de sustancias. Los procedimientos se pueden utilizar en tratamientos orientados a la moderación o a la abstinencia y conjuntamente con otros criterios terapéuticos. Se enseña a los pacientes estrategias de resistencia para evitar situaciones que se consideran factores peligrosos que precipitan la recaída y se les muestra, mediante técnicas de ensayo mental y de otra índole, cómo reducir al mínimo el consumo de sustancias una vez que se ha producido una recaída.

Véase también: **Recaída.**

Privación^a

Término que se aplica a determinados síntomas, o al estado general (o síndrome), que se pueden presentar cuando una persona deja de consumir una droga psicoactiva de la cual se ha vuelto dependiente o tras un período de consumo recurrente. El nivel de estimulación del sistema nervioso central y el estado de ánimo que lo acompaña suelen ser totalmente opuestos a la acción directa de la droga.

Véanse también: **Síndrome de abstinencia y Síndrome de dependencia.**

Programa orientado hacia un grupo específico^a

Programa que atiende a determinados grupos de alto riesgo, por ejemplo, jóvenes desempleados, niños de la calle y reclusos.

Programas de acercamiento (Outreach)^a

Actividades que se realizan en la comunidad con el objetivo general de mejorar la salud de personas y grupos que no tienen fácil acceso a los servicios existentes o a canales tradicionales de educación en materia de salud y de reducir los riesgos o perjuicios causados por las drogas. Los programas de acercamiento pueden ser independientes, itinerantes o domiciliarios, y pueden estar a cargo de iguales. Los programas independientes no se ejecutan en un organismo u organización, sino en lugares públicos como las calles, estaciones de transporte público, clubes nocturnos, hoteles y cafés. Los programas itinerantes se relacionan más con organizaciones (por ejemplo, hogares de transición, lugares de intercambio de agujas, clubes de jóvenes, establecimientos de enseñanza y cárceles) que con personas en forma individual. Los programas domiciliarios se llevan a cabo en el hogar de los afectados. En los proyectos de acercamiento que están a cargo de iguales trabajan miembros y ex miembros del grupo destinatario (por ejemplo, consumidores de drogas por inyección) a título voluntario y en forma remunerada.

Protocolo de tratamiento

Documento que contiene una descripción completa de los pacientes que se han de tratar, los elementos operacionales y organizativos del tratamiento que se administrará, el personal que estará a cargo del tratamiento y los métodos y procedimientos clínicos que se aplicarán.

Pruebas científicas

Literatura de investigación publicada en que se describe la índole y el valor de los beneficios clínicos, sociales y económicos de una modalidad de tratamiento en particular. Decir que un tratamiento está respaldado por “pruebas científicas” es afirmar que sus beneficios han quedado demostrados en varios estudios de resultados publicados. Se suelen considerar pruebas científicas únicamente las que figuran en informes publicados en revistas científicas revisadas por otros expertos, lo que garantiza la calidad de las investigaciones. También se publican análisis sistemáticos de las pruebas científicas sobre un tratamiento en particular en revistas científicas y en la *Colaboración Cochrane*. Es necesario actuar con prudencia al examinar las investigaciones publicadas sobre determinado tratamiento, en particular si los estudios varían en cuanto al país, al método utilizado y a las poblaciones tratadas.

Recaída^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, el término “recaída” se define de la siguiente manera: reincidencia en la bebida o el consumo de otra droga tras un período de abstinencia, con frecuencia acompañada de la reaparición de síntomas de dependencia. Algunos autores distinguen entre recaída y “tropiezo” (“desliz”), este último en el sentido de una ocasión aislada de consumo de alcohol o de drogas.

La rapidez con que reaparecen los signos de dependencia se considera un indicador clave del grado de drogodependencia.

Véase también: **Prevención de recaídas.**

Reconocimiento inicial (Screening)

Procedimiento rápido encaminado a detectar personas con problemas de abuso de sustancias.

Red de bienestar social^a

Expresión que describe, en general, el conjunto de servicios de bienestar social, apoyo económico, atención de la salud y vivienda de que dispone un país, una jurisdicción o una localidad para proteger a las personas de quebrantos de salud y de la ruina económica y social. Se suele considerar que comprende beneficios de salud y bienestar social como los planes de atención de la salud y el seguro de paro y organismos públicos y privados de atención de la salud y bienestar social. Se suele utilizar con respecto a personas que pueden haber quedado al margen de la red de bienestar social en el sentido de que no han sido “captadas” por los servicios y planes oficiales existentes.

Reducción de daños^a

Tratándose del alcohol o de otras drogas, la expresión “reducción de daños” denota las políticas o programas centrados directamente en reducir los daños derivados del consumo de alcohol u otras drogas tanto para la persona como para la comunidad en general. La expresión se aplica en particular a las políticas o programas encaminados a reducir los daños sin exigir abstinencia necesariamente. Sin embargo, los esfuerzos por lograr la abstinencia total pueden verse precedidos de estrategias de reducción de daños para lograr mayor seguridad en el uso de drogas. Ejemplos de esos programas son los de intercambio de agujas o jeringuillas con objeto de reducir el uso compartido de material por parte de los consumidores de drogas por inyección.

Reducción de riesgos^a

Políticas o programas para reducir el riesgo de sufrir perjuicios derivados del consumo de alcohol u otras drogas. Las estrate-

gias de reducción de riesgos tienen algunas ventajas prácticas, ya que los comportamientos de riesgo suelen ser más inmediatos y más fáciles de medir objetivamente que los daños, en particular los daños de escasa prevalencia. Por ejemplo, puede ser más práctico medir la reducción de la costumbre de compartir agujas y demás equipo para inyecciones que los índices de daños como la incidencia del VIH.

Véanse también: **Reducción de daños y Seguridad en el uso.**

Rehabilitación^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, el término “rehabilitación” se define de la siguiente manera: en lo que respecta al consumo de sustancias, proceso mediante el cual una persona que sufre un problema relacionado con drogas logra un estado óptimo de salud, de funcionamiento psicológico y de bienestar social.

La rehabilitación suele producirse tras una etapa inicial de tratamiento de desintoxicación y, de ser necesario, de otro tratamiento médico y psiquiátrico. Abarca una variedad de métodos, entre ellos, terapia de grupo, terapias específicas de comportamiento para prevenir la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, estadía en una comunidad terapéutica o en un hogar de transición, formación profesional y experiencia laboral. Existe una expectativa de readaptación social en el marco más amplio de la comunidad.

Véanse también: **Recuperación y Tratamiento.**

Remisión de casos por los tribunales^a

Programa de tratamiento, reeducación o servicios comunitarios para personas remitidas por los tribunales penales (remisión penal) tras haber sido acusadas de conducir en estado de ebriedad (remisión de conductores alcoholizados) o bajo la influencia de otra droga, de vender o consumir drogas (remisión por drogas), o de otro delito. Las personas son asignadas a programas de remisión a un tratamiento en lugar de ser procesadas. Por lo general el proceso queda en suspenso hasta la finalización del programa. También existe una remisión anterior a la acusación, en virtud de la cual la policía remite sistemáticamente los casos a un programa opcional sin arrestar a las personas. En algunos países se utiliza la expresión “remisión de personas detenidas por la justicia” para aclarar que en muchos programas de remisión de casos la persona puede comparecer ante el tribunal, pero ser remitida sin encarcelamiento a un programa de tratamiento o de reeducación.

Remisión de personas detenidas por la justicia

Véase: **Remisión de casos por los tribunales.**

Satisfacción del usuario

Concepto amplio relacionado con el hecho de que un tratamiento satisfaga las expectativas y las necesidades de un usuario (paciente) en particular. La satisfacción del usuario por lo general se determina mediante un cuestionario que ha de responder durante el tratamiento o después de concluir éste. Algunas veces la satisfacción del usuario se utiliza como medida de los resultados, paralelamente a las evaluaciones primarias de los resultados clínicos, sociales y económicos.

Seguridad en el uso^a

En la mayoría de los casos, las consecuencias adversas del consumo de drogas se pueden reducir con una preparación más segura, una menor dosis, una vía más segura de administración y un entorno más seguro. Por ejemplo, el riesgo de las consecuencias adversas del consumo de heroína, o el hecho de que un período de consumo de drogas pueda ser fatal, está determinado en gran medida por los siguientes factores: si se ha compartido material para inyecciones; si se prueba antes una nueva partida de heroína en una pequeña dosis por si fuera inusualmente pura, o si la droga se consume concomitantemente con otros agentes depresivos del sistema nervioso central como las benzodiazepinas y el alcohol. En la mayoría de los casos es posible determinar las prácticas de consumo de drogas que reducen, aunque por lo general no eliminan, el riesgo de consecuencias adversas graves.

Véanse también: Reducción de daños y Reducción de riesgos.

Selección de la forma de intervención (Triage)

Proceso de asignación o remisión prioritaria de una persona a una intervención que cumplen los servicios de tratamiento del abuso de sustancias.

Servicio especializado

Servicio de atención de la salud o de bienestar social cuyo principal propósito es tratar a personas con problemas de abuso de sustancias.

Servicio general

Servicio de bienestar social o de atención de la salud que no tiene como función principal el tratamiento de problemas de abuso de sustancias, si bien en el curso de su labor puede llegar a entrar en contacto con personas afectadas por esos problemas. Los servicios generales pueden adquirir conocimientos especializados en materia de detección, determinación y tratamiento de problemas de abuso de sustancias (de modo que puede ser difícil trazar una línea entre los servicios generales y los servicios especializados) y también pueden estar vinculados oficialmente para la remisión de casos a los servicios especializados.

Servicios de acceso directo

Servicios relacionados con el abuso de sustancias que puede utilizar cualquier miembro de una comunidad sin ser remitido formalmente por un especialista.

Servicios de orientación^a

Una variedad de servicios de información y de tratamiento no médico que puede comprender información sobre drogas, detalles acerca de los servicios de que se dispone, remisión de casos a otros organismos y asistencia social o psicoterapia clínica directa. Los servicios se pueden prestar en persona o indirectamente por teléfono a particulares, familias, grupos y otros agentes u organismos. El término “orientación” generalmente se reserva para el suministro de información fáctica sobre cuestiones concretas. También comprende orientación breve y específica encaminada a cambiar el comportamiento, por ejemplo, en las *intervenciones breves* (véase *supra*). La orientación por lo general se distingue del asesoramiento en que en este último se hace más hincapié en ayudar a las personas a evaluar su propia situación y adoptar sus propias decisiones para enfrentar los problemas.

Véanse también: Asesoramiento y psicoterapia, Intervención breve y Tratamiento.

SIDA^a

Sigla que se aplica a una enfermedad viral fatal llamada síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en que el sistema inmunológico se debilita y no puede combatir las infecciones. Una de las principales vías de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del SIDA es la práctica de los consumidores de drogas por inyección de compartir el equipo para inyecciones. En muchos países eso ha dado lugar al establecimiento de programas para reducir el consumo de drogas por inyección y de programas encaminados a facilitar material estéril para inyecciones con objeto de reducir la posibilidad de transmisión del virus de resultados de la práctica de compartir agujas y otros elementos.

Véanse también: Intercambio de agujas, Reducción de daños, Reducción de riesgos y Seguridad en el uso.

Síndrome de abstinencia^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, la expresión “síndrome de abstinencia” se define de la siguiente manera: conjunto de síntomas de gravedad variable que se presentan cuando se suspende o reduce el consumo de drogas tras un período prolongado de consumo o un consumo en dosis elevadas. El síndrome puede ir acompañado de signos de trastornos psicológicos y fisiológicos.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. También es la característica determi-

nante del significado psicofarmacológico más restringido de dependencia.

Véanse también: Privación y Síndrome de dependencia.

Sistema correccional

La organización de las estructuras policial, judicial y penal de un Estado. “Sistema correccional” y “sistema de justicia penal” son sinónimos.

Sistema de tratamiento integral

Sistema que contiene varios servicios de tratamiento, tanto especializados como generales, que funcionan en forma estructurada y organizada. La mayoría de los sistemas de tratamiento integral comprende servicios residenciales y en la comunidad, y han establecido acuerdos de remisión y transferencia de pacientes.

Sobredosis

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, el término “sobredosis” se define de la siguiente manera: uso de cualquier droga en cantidades suficientes para que se produzcan graves efectos físicos o mentales. La sobredosis deliberada es una forma común de cometer suicidio o intento de suicidio.

La sobredosis puede producir efectos pasajeros o persistentes, o puede ser fatal; la dosis letal de una droga varía según la persona y las circunstancias.

Véase también: Intoxicación.

Supervisión de la ejecución

Medida y comunicación de los resultados de los planes estratégicos y los servicios de tratamiento encaminados a hacer frente al abuso de sustancias.

Véase también: Plan estratégico.

Sustancia psicoactiva^a

En el *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, de la OMS, la expresión “sustancia psicoactiva” se define de la siguiente manera: sustancia que, al ingerirse, altera los procesos mentales, es decir, el pensamiento o la emoción. Esa expresión y su equivalente, droga psicotrópica, son las más neutrales y descriptivas que se pueden aplicar a esa clase de sustancias, lícitas e ilícitas, de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactiva” no significa necesariamente causante de dependencia.

Véase también: Droga psicotrópica.

Sustitución de drogas^a

Tratamiento de la farmacodependencia mediante prescripción de una droga sustituta de la que existe dependencia cruzada y tolerancia cruzada. A menudo se utiliza esa expresión con referencia a una forma menos peligrosa de la misma droga utilizada en el tratamiento. Los objetivos de la sustitución de drogas son eliminar o reducir el uso de una sustancia en particular, especialmente si es ilícita, o reducir los daños producidos por un método especial de administración, los posibles peligros para la salud (por ejemplo, de la práctica de compartir agujas) y las consecuencias sociales. La sustitución de drogas suele ir acompañada de tratamiento psicológico y de otra índole.

Técnicas cognitivo-conductuales

Un tipo de psicoterapia basada en la idea de que la manera de pensar de las personas acerca de un problema contribuye en gran medida a provocar sentimientos y comportamientos indeseados. En consecuencia, se trata de ayudar al paciente a sustituir esos pensamientos negativos por otros que den lugar a reacciones más positivas. En lo que respecta al abuso de sustancias, el terapeuta que utiliza esas técnicas ayuda al paciente a adquirir la capacidad de modificar su comportamiento o de mantener los cambios que se hayan logrado. Por ejemplo, los programas de prevención de recaídas pueden comprender técnicas cognitivo-conductuales para ayudar a los pacientes a resistir el impulso de consumir sustancias.

Terapia de mantenimiento

Véase también: Sustitución de drogas.

Tolerancia^a

Término que se aplica al fenómeno reconocido de disminución de los efectos de las drogas cuando se han administrado en forma reiterada. La tolerancia se desarrolla con más rapidez cuanto más frecuente es el consumo y cuanto mayores son las dosis en cada ocasión. Conviene distinguir entre tolerancia metabólica y tolerancia funcional. La tolerancia metabólica suele ser provocada por una inducción de las enzimas del hígado que acelera el metabolismo de determinada dosis de droga y reduce de esa forma los niveles y la duración de la droga en la sangre. La tolerancia funcional es la disminución de los efectos de determinada cantidad de droga en la sangre. Al parecer, eso ocurre debido a la neuroadaptación y al hecho de que el usuario aprende a prever los efectos intoxicantes y a adaptarse a ellos.

Trastorno relacionado con el consumo de sustancias^{a, e}

Término genérico utilizado en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades (DSM-IV y CIE-10) para diversos

^a *Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994).

trastornos y dolencias relacionados con el consumo de cualquier droga psicotrópica. Comprende el consumo problemático y el consumo que causa dependencia.

Todo trastorno mental o del comportamiento provocado por el consumo de una o más sustancias psicoactivas, hayan sido o no recetadas por un médico. Las sustancias especificadas son el alcohol, los opioides, los cannabinoides, los sedantes o hipnóticos, la cocaína, otros estimulantes (incluida la cafeína), los alucinógenos, el tabaco y los disolventes volátiles. Los estados clínicos que pueden presentarse comprenden la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia, el síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia con delirio, trastornos psicóticos, trastornos psicóticos de iniciación tardía y el síndrome amnésico.

Tratamiento^a

Según la OMS (*30.º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*, Serie de Informes Técnicos), el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”. En un sentido estricto, el tratamiento puede definirse como “un enfoque integral destinado a la identificación, asistencia ... (y) ... atención de la salud ... de las personas que presentan problemas provocados por el uso de cualquier sustancia psicoactiva”.

En realidad, al proporcionar a esas personas una variedad de servicios de tratamiento y de oportunidades para potenciar su capacidad física, mental y social, se les puede ayudar a cumplir el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y de lograr su plena readaptación social. Los servicios y las oportunidades de tratamiento pueden comprender desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o asesoramiento y terapias psicosociales.

Por otra parte, el tratamiento tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y las consecuencias sanitarias y sociales negativas que tiene el consumo de esas sustancias o que se relacionan con él.

Tratamiento de sustitución

Véase: Sustitución de drogas.

Tratamiento en la comunidad

Tratamiento que no se administra en un entorno residencial. Los tratamientos ambulatorios (servicios de atención diurna que se prestan en un hospital) con frecuencia están comprendidos en esa clase de tratamientos. Ejemplos de tratamientos en la comunidad son los programas de sustitución de opioides, los programas de asesoramiento y los servicios de postratamiento.

Tratamiento estructurado

Programa de atención terapéutica con varios componentes organizados en forma lógica o progresiva, basados en una evaluación inicial del paciente y en un plan de tratamiento personalizado. Los componentes pueden abarcar atención residencial breve o prolongada y atención en la comunidad o ambulatoria y la aplicación de intervenciones médicas y psicosociales o postratamiento. Naturalmente, existen variaciones en la intensidad y la duración de los componentes y en sus metas y objetivos.

Tratamiento obligatorio

A veces llamado también tratamiento coercitivo, es un tratamiento organizado por el sistema de justicia penal. Por lo general, un tribunal (u otro órgano de justicia penal) ordena a una persona que se someta a un programa terapéutico (a veces como alternativa a una sentencia de penitenciaría). El tratamiento es obligatorio en el sentido de que si la persona no inicia el programa o no cumple sus normas y reglamentaciones puede sufrir la pena que normalmente se le impondría.

Tratamiento psicosocial

Intervenciones basadas en principios y métodos psicológicos que comprenden asesoramiento y terapia individuales y en grupo con objeto de modificar conceptos y comportamientos problemáticos relacionados con sustancias.

Tratamiento residencial

Programas que prestan servicios residenciales complementarios en el mismo lugar en que se prestan servicios de tratamiento. En general se procura brindar un entorno en el que no se consuman sustancias con la expectativa de que se cumplan actividades de desintoxicación, evaluación, información y educación, asesoramiento y trabajo en grupo y se desarrollen o recuperen aptitudes sociales y para la vida activa.

Vías de atención integral

Descripción de la índole y el curso previsto del tratamiento del abuso de sustancias. En una vía de atención integral se describe un plan de tratamiento para un determinado grupo de pacientes que se somete a un tratamiento estructurado y los resultados previstos de éste. La vía puede estar relacionada con varios componentes de un tratamiento que va a administrar un programa de un solo organismo, o puede comprender varios tratamientos administrados por dos o más organismos. Las vías de atención integral forman parte del conjunto de documentos y protocolos en que se describen los objetivos del programa de tratamiento y los resultados previstos.

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE OBSERVACIONES

Estimados lectores:

La presente *Guía* tiene por objeto brindar orientación práctica y progresiva para el establecimiento de servicios de tratamiento y servir de instrumento práctico para los encargados de la planificación, ejecución, supervisión y evaluación de servicios de tratamiento.

Su experiencia en la utilización de la Guía es una fuente muy importante de información para poder refinarla en el futuro. Sírvase dirigir el formulario de observaciones a la Sección de Reducción de la Demanda del PNUFID.

Se agradece desde ya su colaboración.

Escribir a:

Juana Tomás-Rosselló
Asesora sobre Tratamiento
Sección de Reducción
de la Demanda, PNUFID
Centro Internacional de Viena
Apartado Postal 500
A-1400 Viena, Austria

Sírvase indicar su **EVALUACIÓN GENERAL** de la *Guía*.

	<i>Discrepa categóricamente</i>	<i>Discrepa</i>	<i>No está seguro</i>	<i>Está de acuerdo</i>	<i>Está totalmente de acuerdo</i>
1. La <i>Guía</i> está escrita con claridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El lenguaje es demasiado técnico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La <i>Guía</i> está bien estructurada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El formato es fácil de utilizar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La información reviste valor práctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La <i>Guía</i> resulta pertinente para la labor práctica de planificación del tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO DUDE EN AÑADIR CUALQUIER OTRA OBSERVACIÓN QUE DESEE HACERNOS LLEGAR

Observaciones generales:

Puntos fuertes:

Puntos débiles:

Cuestiones que es necesario aclarar o profundizar o que exigen documentación suplementaria:

Sugerencias para que la *Guía* sea más práctica y útil:

Notas

- a* Demand Reduction: a Glossary of Terms (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: E.00.XI.9).
- b* Lexicon of Alcohol and Drug Terms (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994).
- c* J. Hogarth, Glossary of Health Care Terminology (Copenhague, Oficina Regional para Europa de la OMS, 1978).
- d* Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) (Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América, Washington, D.C., 1994).
- e* Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994).

